

دار المقطم للصحة النفسية  
المكتبة العلمية

# مقدمة في العلاج الجمعي عن البحث في النفس والحياة

تأليف

د. يحيى الرخاوى

أستاذ الطب النفسى - جامعة القاهرة  
رئيس دار المقطم للصحة النفسية

١٩٧٨

الناشر  
دار الغد للثقافة والنشر  
٤٧ شارع الفلكي المتاهرة



دار المقطم للصحة النفسية

الكتبة ١٠٠٠٠

# مقدمة في العلاج الجمعي عن البحث في النفس والحياة

تأليف

د. يحيى الرخاوى

أستاذ الطب النفسى - جامعة القاهرة  
رئيس - دار المقطم للصحة النفسية

١٩٧٨

الناشر

دار الفكر للثقافة والنشر  
٤٧ شارع الفلكي القاهرة



## تصدير

كتب الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوى هذه المقدمة لغرض محدد، وهو تقديم بحث قام بالإشراف عليه وأعدّه أحد تلاميذه. وهو الدكتور عماد حمدى غز، وذلك عن «العلاج الجمعى: دراسة دينامية لاتجاه مصرى»، ثم عرضها علينا - تلاميذه - الواحد تلو الآخر كما يفعل فى أغلب ما يكتب قبل أن يدفع به إلى النشر، وإذا بنا نفاجأ بأن هذه الأفكار - التى كثيراً ما طلبنا منه نشرها - أمامنا مكدسة وراء بعضها فى تسلسل قائم بذاته يكاد يستقل حتى لينفصل عن البحث المراد تقديمه، وأصبحنا، وأصبحت أنا بوجه خاص فى حيرة، وعرضت عليه رأيي ألا تكون هذه المقدمة لبحث خاص، وأن يزيد لها وينقحها ويكتب لنا وللناس كتاباً عن العلاج النفسى الجمعى يضع فيه خبرته وعلمه كما بعدنا دائماً، ووافق من حيث المبدأ، ووعد خيراً، ولعلنا المسبق بطبعه

لم نأمن لهذا الوعد فأردنا منه التزاما، فتهرب كالعادة، وحاولنا اختبار الموقف عمليا بأن طلبنا منه أن يكتب تقديمًا موجزا لبحث الزميل الدكتور عماد غز ، فلم يفعل . . . وأشار أن ينشر هذا التقديم هكذا، ولا مانع من أن يعاد نشره ضمن الكتاب الأكبر . . .

وراجعت نفسي ووعوده السابقة وأيقنت أن الوعد غير الموقوت قد لا يعنى شيئًا حسب سابق خبرتي معه . . . ، وقلت لعل أفضل ما يمكن هو أن نقدم هذه المقدمة على مستوى آخر لأعداد أكبر مستقلة في ذاتها . . . وليكتب هو ما يريد فيما بعد ، وأملنا أن تحقق هذه الخطوة مطلبين . .  
الأول — إخراجهم حتى لا يتراجع .

والثاني — توصيل بعض ما يمكن توصيله في حينه إلى الناس دون انتظار للوعود المتكررة .

ولم يخف علينا ما في ذلك من مخاطرة إذ قد يحس

القارىء أن الخالص ( وهو تقديم بحث بذاته ) أصبح عاما دون مراعاة للفرق بينهما ، إلا أننا أدركنا بعد المراجعة المتأنية أن هذا لن يضير العمل شيئاً ، وأن كل إشارة خاصة يمكن أن تفهم دون الرجوع إلى البحث مباشرة ، وكذلك فإنها قد تصلح لأى بحث من هذا القبيل دون الارتباط بهذا البحث بوجه خاص .

قد يكون فى هذه المحاولة بهذه الطريقة ما لم يألفه القارىء ، ولكن من ذا يستطيع أن يجزم أن المؤلف هو الأفضل ؟ .

**دكتور وفعت محفوظ محمود**

مدير دار المقطم للصحة النفسية

ليكن ، ولقد ألحمت بهذا العمل بعض الخطوط العربية لمزيد من الفروض العاملة فى مجالات أخرى ، ولينتفع كل بما شاء لما شاء .

**يحيى الرخاوى**

## مقدمة

لهذا العمل وضع خاص :

فهو مقدمة لبحث قمت بالإشراف عاياه وبحث شاركت فيه

ولكنه مقدمة أيضاً لبحث كنت « أنا شخصياً »

بعض مادته .

وأخيراً هو تقديم لطريقة علاجية نشأت من ممارستي

للعلاج النفسي في مصر . . .

وبعد ذلك فإنني به أقدم نفسي وفكري . . أخيراً ،

وبالرغم من أنها مسألة تبدو خاصة تماماً وهي تقدم بحثاً

بذاته ، إلا أنني تعمدت أن أجعلها مقولة قائمة بذاتها ، حتى

لتؤكد أن تقرأ مستقلة تماماً . . رغم ما جاء بها من إشارات

متكررة عن البحث القائم .

ذلك لأنني انتهزت هذه الفرصة المتاحة لأعلن بضعة



خطوط عريضة آن الآوان لإعلائها ، إذ سأحاول من خلال هذه المقدمة المتصلة بشخصي من أكثر من جانب أن أضع « فهرساً » أو « رؤوس مواضيع » تشغلني منذ زمن ليس بعيداً ( منذ « ولادة الفكرة » التي أعلنتها في كتابي « حيرة طبيب نفسي » ) ، وقد وجدت أنه قد سرت على ذلك ما كاد يزيد عن ست سنوات دون أن يصدر شيء محدد يتلو هذه الفكرة رغم أنها كانت « نهاية وبداية » كما أعلنت ، ولهذا التأخير وحده ميزة لا أنفكر لها . . . كان بفضلها أن اختمرت سائر الأفكار ، واختبرت بعض الفروض ، إلا أن الوقت أخذ يبرح شيئاً حتى بدأت أخاف أن « أذهب » قبل أن أحدد معالم ما توصلت إليه . . . وقررت أن أنتهز هذه الفرصة لأدوّن بعض ما يشغلني ، ولو « كورقة عمل » ، ولو « كفروض محتملة التحقيق » ولو « كمثيرات للتفكير » ، وقد بلغت مخارفي أي أحسست — في أقل من ثمانية — أمضاء حادث سيارة وقع لي في الشتاء

الماضى أنى إن ذهبت ومعى ما أحمل من فكر فإنى سوف  
أكون مثل من سرق ما ليس له ... لأنى قصرت فى أن  
أتركه لأصحابه ، فإذا وجد القارى استرسالا فى الأفكار قد  
يبعده قليلا عن هذا البحث ، فليعذرنى وسوف أحاول أن  
أقدم له ما يبرر ذلك من وجهة نظرى ، فليحمل الورق بعض  
ما حملت من أمانة لم يعد من حقى — بعد انتظار سنوات —  
أن أظل محتفظاً بها ، أمتنعها دون أصحابها من هذا الجيل  
أو الأجيال اللاحقة بحجة صعوبة النشر أو الرغبة فى الإتيان  
والتكامل ، فلا النشر سيصبح أسهل مما هو الآن لمثل هذا  
الجديد فى عنفه وندرته وتحديه ، ولا الإتيان حتى التكامل  
بممكن بالدرجة التى ترضى أى متردد أو خائف مثلى ، وهنا  
لا بد أن أشكر دار المقطم ودار الغد لهذه التفضيحات المادية  
وأشكر الباحث لهذه الفرصة الكريمة .

وسوف تكون عناصر هذا العمل كالتالى :

## الجزء الأول

( فى البحث العلمى والعلاج الجمعى )

- ١ - اختيار البحث .
- ٢ - تاريخ التجربة .
- ٣ - طريقة البحث وصعوباتها .
- ٤ - مادة البحث .
- ٥ - معالم طريقة العلاج الجمعى هذه .
- ٦ - علاقة هذا العلاج بمختلف الأبعاد المتعلقة به ، ويشمل ذلك : العلاقة بالعلاجات الأخرى والعلاقة بمدارس علم النفس المعاصرة ، ثم العلاقة بطرق العلاج الجمعى الأخرى . وكذلك العلاقة ببعض المدارس والمشا كل الفلسفية ، وأخيراً العلاقة بقضايا عامة ( مثل الدين والسياسة ... الخ ) .

## الجزء الثاني

( في الفطرية والأداة البشرية )

- ١ — الخطوط العامة للفروض العامة .
  - ٢ — الأداة البشرية والممارسة الإكلينيكية .
  - ٣ — الطب النفس المعرفي . . والتطوري .
- 

## الجزء الأول

### أولاً — إختيار البحث

إن الطب النفس الوصفى لم يزددهر إلا من خلال بعدين  
أساسيين :

أولاً : تنمية الحدس الإكلينيكي .

ثانياً : الوصف التسجيلي الأمين . .

( وهذين البعدين هما ما أثرت إليهما في تقديمي للكتاب  
الأول في هذه المكتبة العلمية وسوف أعيد الحديث عنها في

الجزء الثانى من هذا السكتيب ) ، وبالتالى فينبغى أن يكون البحث العلمى فى فرعنا هذا ملتزماً أساساً بهذين البعدين ، لا حكراً على تعداد الأرقام أو وفرة الأعداد ( وإن كان لا غنى له عنهما ) . . وإنما يتحقق هذا الالتزام بالعمل على إعداد باحث أمين . . وتحديد فرض عامل . . وتسجيل ملاحظة يقظة . . ثم بعد ذلك يأتى التفسير وإعادة التفسير وإعادة تفسير التفسير . . الخ ، مرحلة التفسير مفتوحة دائماً وإلى أبعد مدى .

وبديهى أن هذا الاتجاه الاكلىنىكى الذى أحاول أن أؤكد به بالحاح ، يكاد يصل إلى حد الإملال ، ليس بديلاً عن الأبحاث السلوكية المفصلة . . ولكنه الأصل دائماً . .

وهذا البحث هو من نوع تسجيل الملاحظات أساساً ثم تفسيرها ، وهو يعلن ضمناً أن إلزام إعادة التجربة مرفوض فى مجالنا هذا لأنه مستحيل ، وأن العينة الضابطة مرفوضة أيضاً لأنها خدعة ، فالإنسان كائن متغير بالضرورة ، متطور

(أو متدهور) بطبيعته ، هادف واعر ( إلى حد ما ) في مسيرته الحياتية أو فنائه المحتم . . . ، وقد أكدت هذه المقولات التي تعطى لعلمنا وضماً فريداً ضرورة البحث عن منهج للبحث العلمى خاص به ، وقد تصاعد رفض فكرة « إعادة التجربة » و « العينة الضابطة » حتى أنى علمت مؤخراً أن آباء التداوى بالمقاقير النفسية في معمل السيكونفارماكولوجى فى باريس ( تحت رئاسة الأستاذ الدكتور دينيكير . . ومن قبله ديلاى مكنتش فى عقار اللارجاكتيل ) قد أعلنوا رفض إلحاح شركات الأدوية على الالتزام بهذه البدعة السخيفة وهى بدعة « العينة الضابطة » . . ، فإذا كان ذلك كذلك فى مجال تقييم آثار العقاقير الفارماكولوجية ، فهو أم وأصدق فى مجال ملاحظة السلوك الإنسانى وتحديد قواه وتفسير جوانبه فى واقع الممارسة الإكلينيكية . . ومن ضمنها العلاج النفسى .

ولكن هذا البحث أيضاً يحاول — كما أعلن من ضمن

أهدافه — تقييم طريقة ما في العلاج النفسي ، ويبدو أنه آثار بطريقة غير مباشرة أننا ونحن في سبيلنا إلى البحث والتحرى والتقدير لا بد وأن نعرف « ماذا » نقيس ، قبل أن نقاش في « كم » نقيس ، فكثير من الأبحاث والآراء والنقد والتقييم يدور حول كم شيء لم يتحدد قبلاً ، ومن أقسى ما قرأت مؤخراً — وأدعى للضحك أيضاً — هو دراسة لتجميع تلك الأبحاث المقارنة لتفضيل نوع معين من العلاج النفسي على نوع آخر ، أو على علاج آخر ( ١١١ ) إذ أن أى ممارس للعلاج النفسي بأقل درجة من الصدق أو العمق ، يعرف ماذا تعنى كلمة « تقييم » لما يفعل ، فإذا كان مصدر التقييم هو المريض : فدفاعاته قد تكون هى الحكم الأول والأخير ، ففي الوقت الذى قد يعتبر المريض نفسه قد « شفى والحمد لله » قد يضع المعالج يده على قلبه إذ هو يعرف تماماً أن المريض قد يكون بهذا هارباً إلى « مظهر الصحة » خوفاً من مخاطر التغيير ، فهذا المريض الذى سنأخذ إجابته

لصالح العلاج قد نجد طبيبه — إن كان يقظا — في انتظار  
الفكسة الصريحة ( بمودة ظهور الأعراض ) أو النكسة  
الخفية ( بانحدار مستوى تكيفه ونبضه العاطفي وإبداعه  
واختراقه للحياة ) .

وأنهى إلى القول أننا إذا قلنا أن هذا النوع من العلاج  
أفضل من ذاك النوع دون أن نحدد بالقوة المكبرة معنى  
« أفضل » ، وما هو الهدف من المسيرة العلاجية ( ومن  
الحياة ) نكون قد وقعنا في مزلق استعمال أساليب علمية ( بل  
شبه علمية ) لتبرير جهود حضارى دون وعى أو مسئولية ،  
ولعل كل من يقيم طريقة من هذا النوع بندرج إما تحت  
لافتة « المريدين » أو لافنة « الخائفين » ( راجع الحاس  
للتحليل النفسى من المريدين ، والمهجوم عليه من الخائفين ) ،  
ومن هنا بدأ اعتراضى الأول على التناغم بهذا البحث حين  
عرض على فكرة البحث وخاصة أنه كان بشأن اختياره  
كجزء لازم للتقدم للحصول على درجة الماجستير . . . ومعنى



ذلك أنه سيقدم إلى جهة رسمية ؛ للحصول على إجازة رسمية ؛  
في وقت محدد . . .

وقد حاولت — لذلك — أن أثني الباحث عن عزمه  
مراراً — رغم رغبتى الخفية في أن يصر على المغامرة —  
إلا أنه وحده دون جميع المجتَمعين أصر على خوض التجربة ،  
وكانت ذريعتة حينذاك « . . . لا بد أن أكون واضحاً مع  
نفسى ، ومحددأ في اختياري ، ومنذ البداية . . . ، وما دمت  
قد اخترت هذا المجال مهنة وطريق معرفة . . . فليكن بحقى  
في مجالى دون تلسكو . . . » ولا أنسركر أنى قد تخوفت من  
هذه اللهجة الواضحة المتحمسة ( وقد ثبت فيما بعد أن تخوفى  
كان في موضعه إلى أحد ما ) واسكن ما أثنانى عن الحيولة  
الفعلية دون قيامه بالبحث هو ما تذكرته من حماسى في  
أول شهابى العلمى تحت إشراف أسفاذى الدكتور  
عبد الميز عسكر حين كان أول بحث قمت به هو تبريد  
المرضى حوالى عشر درجات مئوية بما يحمل ذلك من مخاطر

الموت ، وهاهو تليذلى بكرر هذا الحساس بما يحمل من مخاطر المواجهة العنيفة .. ليس فى داخل الرضى لحسب ، بل فى داخل المعالج والباحت نفسه ، إذ أن الجرعة البصيرية اللازمة لإجراء مثل هذا البحث بأمانة كانت فى تقديرى أكبر من احتمال شاب فى مستهل حياته ، لكل هذا تهاديت فى محاولة إقناعه عن عزمه كاتماذى زملاؤه فى نفس الاتجاه .. إلا أنه مضى فى إصراره ، وحين يصر شاب على أمر قابل للاختبار فإنى لابد أن أَرْضِخ ، ذلك لأن إصراره يزد مستوليته عن نتائج محاولته ، ثم إنه يتبع لى — ولنا — من خلال ذلك فرصة التجربة رغم المحاذير المبدئية الجبانة .. إلا أن رضوخى كان مهزوزاً ، فقد عدت فترددت مرة أخرى حين أمعنت النظر فى تفاصيل البحث الذى سيقوم به ، حيث أنى «شخصياً» من ضمن مادة بحثه ، فأنا المعالج الذى يجرى عليه البحث ، وفى نفس الوقت أنا المشرف على نفس البحث .. والأدهى من ذلك فأنا أستاذ الطالب ، ليس فقط

فى مجال البحث بل وفى غير ذلك من المجالات ، فضلاً عن  
بعد رابع أهم وأخطر وهو العلاقة الوجدانية التى تربطنى  
بالباحث وتربطه بى ... سلباً وإيجاباً ، بوعى أو من خلف  
ظهيرنا ، فكيف بالله أتصور لبحث أقوم فيه بهذه الأدوار  
الأربعة مجتمعة أن يقترب بدرجة كافية من الموضوعية ... ؟

وقد عرضت مخاوفى — ثانية بعد بداية البحث — على  
الباحث وزملائه ، وأصر الباحث أن يكمل الطريق الذى  
اختاره ليعلم للناس ، وأهل العلم ، ومحبي المعرفة ما يرى  
ويتصور أنه لازم أن يقال .. إذ يوصل لم رؤيته بكل ما لها  
وما عليها ، وتمادى فى ذلك متهماً إلهى أنى لو استعمرت  
على هذا التردد فقد تبدأ مثل هذه التجربة معى ، وتموت  
معى ... إما بموت أو بياسى وهجرى ، وكنت أحس من  
خلال مناقشاتنا أنهم يرون — كما أرى — فيما يجرى شيئاً  
جديداً ، وأنى أحمل أمانة ينبغى أن تؤدى إلى أهلها —  
الغاس والعلم — باللغة المشتركة ... وإعلان الجارى بالقدر

الموضوعى الممكن ... وليس بالاستسهال الهروبى الجزئى ،  
ولا أنكر أن كل هذا قد أدخل الطمأنينة إلى قلبى .. ليس  
بالنسبة لهذه التجربة فحسب ، بل بالنسبة لبقية أفكارى التى  
اختلفت بأسمى ودمى ولم يؤذن لها فى الخروج إلى الكافة  
بعد ... ، وإنما اختص بها من حولى فى مجالات الدراسات  
العلمية والبحث فحسب ، وتذكرت أمثلة فى التاريخ — تاريخ  
علمنا — مثل هارى ستاك سوليفان ، وأدولف ماير .. إذ لم  
يكتب أى منهما أفكاره مباشرة فى الأغلب ، وإنما نقل عنه  
تلاميذه نظرياته وفكره ... وقلت لنفسى فى خبث مطمئن ،  
لك أن تستريح إذا ... لأن فكرك الذى هو زاوية رؤيتك  
للحقيقة لن يموت بموتك .. أو حتى مجزك .. أو بأسك ..  
وهكذا ، أصر الطالب على القيام بالبحث الذى اختاره ،  
وقاومته بالقدر الذى استطعت به أن أجم موافقتى الداخلية ،  
وانتصر هو و « داخلى » على مخاوفى وحساباتى ... وبدأ  
البحث ... لأعتبره — كما سأخلص فى النهاية — أنه ليس تقييما

موضوعياً لطريقة علاج ( الأمر الذى أوضحت أنه محالته  
لأى طريقة ... كما سأزيد ذلك تفصيلاً ) وإنما هو وصف  
لما يجرى فى محاولة علاجية جديدة ... يشمل هذا الوصف  
ما يجرى خارجنا ، وما يجرى داخل وعى الباحثين فى نفس  
الوقت ، بدرجة مختلطة إذ لا يمكن فصلهما عن بعضهما . .  
( وسوف أرجع إلى هذه النقطة بالتفصيل حين أتناول  
طريقة البحث ) .

وقد تصورت - وأملت - أن يكون لهذا البحث بالإضافة  
إلى ما أعلن من أهداف - فوائد عملية منها على حد تقديرى :

١ - أننا قد نشجع ونثقل على مرحلة أخرى من  
الشعور بالقيص لنثبت لأنفسنا أولاً وللعالم من حولنا ثانياً  
أننا لسنا أقل من غيرنا ، وأن الفكر المصرى والطب النفسى  
المصرى لهما أصالتهما ومكانتهما فى مسيرة العلم والمعرفة ،  
ثم ها نحن كمصريين ندلى بأصالتنا فى العلاج النفسى  
فى أحدث صورهِ المعاصرة - العلاج الجمعى - دون تردد .

٢ — أن يثق شباب الباحثين عقدنا في أن البحث العلمى بمعناه الأخلاقى والإبداعى معاً ، ممكن ومتاح ، وأن حكمة البحث العلمى ليست حكراً على الفكر المغرب ، أو على الدفاع ضد إثارة الشكوك حول الإنسان الباحث كأداة بحث ، وأن نضرب لهم مثلاً حياً يشير إلى أن الأداة البشرية — على قصورها — قادرة على البحث والملاحظة والاستدلال وعلى الإسهام فى توضيح جانب من جوانب الحقيقة .

٣ — أن نحدد — بحثاً وتدويناً — بعض معالم ذواتنا بعيوبها ومزاياها ، بحيث نستطيع أن نتبادلها — محددة — مع الآخرين ، فى كل مجالات العلم فى الداخل والخارج ، فيتمرفوا علينا من خلالها — لامن خلال تصوراتهم — ، وينقدونا من واقعها فنتحول ونتطور ونسابق من خلال الاحتكاك والمناقشة ، وبالتالي نكون قد تخطينا مرحلة النقل والتقليد إلى مرحلة الاحتكاك والحوار :

## ثانياً — تاريخ التجربة

أما بالنسبة لموضوع البحث وهو «العلاج النفسى الجمعى» :  
دراسة اتجاه مصرى » فإن له قصة طويلة معى لا أعتقد أن  
هذا مجال ذكرها تفصيلاً — وقد أرجع إليها حين  
أكتب بنفسى — إذا قدر لى — عن العلاج الجمعى من واقع  
خبرتى ووجهة نظرى — ، ولكنى هنا لا بد أن أسرد  
تاريخاً قصيراً أُلحح إليه الباحث فى بضع سطور حين عرج  
على العلاج الجمعى فى مصر .

ولعل فى هذا التاريخ الموجز ما يفسر أن  
هذا الاتجاه « مصرى » . كما أنه قد يوضح للقارئ  
كيفية ارتباط علمنا بهذا بوجه خاص بذواتنا وتجربتنا  
الشخصية .

ويمكن أن أرجع هذه الطريقة العلاجية قيد البحث إلى  
ثلاث مصادر أساسية :

١ — خبرة « شخصية » مماثلة .

٢ — خبرة مهنية طويلة في العلاج النفسى .

٣ — بعض القراءات في الموضوع .

أولاً : الخبرة الشخصية :

وقد بدأت التجربة بداية شخصية تماماً حين أردت مع صديق عزيز علىّ جداً أن نرتقى بلقاءاتنا الخاصة من مرحلة « الالتئاس وقتل الوقت » ( أو ما يسميه إريك بيرن « لعبة الثروة » ) إلى مرحلة المساعدة الجادة لبعضنا البعض .. ، وكانت لدينا الشجاعة حينذاك أن نلتقط الخيط من بعض معاناتنا .. ومشاركة زوجاتنا .. ، وبديهي أنه في مثل هذا الموقف تبدأ المجموعة المسماة « المجموعة بلا قائد » Leaderless Group لخرج اختيار قائد من بيننا .. حتى أنى أذكر أننا ضمينا القائد - الغائب الحاضر - حينذاك اسماً رمزياً ، إشارة إلى أنه ضمير مستتر تقديره «س» .. ، وكان



ذلك في عام ١٩٧١ ، وتصادف أن ذلك كله قد حدث عقب خبرة الحدس العلمى الذى أشرت إليه فى كتابى « حيرة طبيب نفسى » ، والذى فزعت فيه إلى صديق هذا ( ولم أجده ، ثم إلى زوجتى إلخ مما ورد فى كتابى حيرة طبيب نفسى ) ، والذى صاحبه ظهور لفحة ملحة إلى أن أجد من يقبلنى ويصبر على فكرى الجديد ، وأذكر أن هذه المجموعة الصغيرة قد أدت هذا الدور بنجاح شريف ، وطمأنتنى - ولو بطريق غير مباشر - أنى لست وحدى ، وأن حدسى هذا ليس بعيداً عن الواقع تماماً ، وتطور الموقف بعد ذلك تطوراً شجاعاً وخطيراً فى نفس الوقت ... وقابلنا من المضاعفات إذ نواجه داخلنا ما قابلنا حتى انتبهنا بأمانة منذ ذلك الحين إلى أن جرعة الرؤية دائماً ، ومهما كانت نوعية المفاسر ، هى أكبر من احتمال الواقع المرحلى .. ونحملنا المصاعب فى صبر وشجاعة وتصميم ، ونبيع دور القائد تلقائياً من واقع ديناميات المجموعة ، فكنتُ هذا القائد .. فزادت

الأمر تعقيداً ... ثم صرّت بسلام نسبي رغم كل شيء ..  
وتوقفت المحاولة .

وهنا أقف وقفة واضحة مع القارئ ومع نفسي  
لأكرر أني لن أعرج إلى هذه التجارب الخاصة في هذه  
التجربة وما يليها بالتفصيل .. لأنها لا تخصني وحدي ،  
وأفرادها لم عندي مكانة الاحترام والحب والامتنان بحيث  
لا أسمح لنفسي بأن أتعرض بالحكم على أي منهم لأي سبب  
كان ، أما بالنسبة لشخصي فالأمر له وجهان :

الأول : أنه لا يمكن أن أتكلم عن شخصي دون أن  
أتكلم عن هؤلاء الأصدقاء والأحباب ، لأنني لم أصر بالتجربة  
وحيداً في الصحراء ، أو في حجرة مغلقة . والثاني : أن مارأيت  
في نفسي ولنفسي أكبر من استيعاب أي قارئ أحاول أن  
أحقق معه لغة مشتركة ، الأمر الذي جعلني أشك في أي  
سيرة ذاتية ، إذ أنها لا يمكن أن تعرض حتى الجزء المتاح  
لصاحبها .. وقد فهمت من خلال ذلك معنى أن «علوم الكاشفة»

لم يصرح لم ( بعض الصوفية مثل إمامنا الغزالي ) بالحديث عنها ، فواقع الأمر من خلال خبرتي هذه ( وهي ليست صوفية بالمعنى المباشر حتى لا تختلط الأمور .. ولكنها علاجية علمية مباشرة ) أن المكاشفة — كما عرفتها — لا تعنى الكشف الصوفي لحجب ، ولكنها قد تعنى اكتشاف النفس أيضاً .. وقبلًا ، ولعلهما أمر واحد في النهاية ، فمن عرف نفسه فقد عرف الله ، وهي لم يصرح لم بالحديث عنها .. لأنها لا يمكن الحديث عنها من خلال لغة مشتركة ، وبالتالي فبدون مثل هذه اللغة المشتركة .. فلا قيمة للحديث ولا للكتابة .. ولا للوصف ، ويراودني احتجاج داخلي بأنني لو « ذهبت » قبل أن أحكيها فإني خائن لأمانة أثقل .. هي أمانة ما أتيجع لي من فرصة المعرفة الأعماق .. ، لأن الحقيقة ليست ملكا لرائثيها ، إلا إن كان منعزلا غير مسئول .. وأعود في صبر لأقرر أن أكتبها ولا أنشرها أبداً في حياتي وحياتهم ، ولأتركها للتاريخ في مكان أمين ، فإذا ذهبت

شخصها بعد ربح من الزمن ، وإذا وجدها من يمكنه أن  
يستفيد منها أو يفيد بها .. فهي له .. وقما ظهر ، أينما كان ،  
ولعل الوقت يسمح بأن تكون اللغة السائدة حينذاك قد اقتربت  
منها فأصبحت المشاركة ممكنة .

ثم أرجع بعد هذا الاستطراد إلى تطور نشأة هذا النوع  
من العلاج من خلال التجربة الشخصية ، حين حضر صديق  
قديم بعد ذلك عائداً من أمريكا — هو الأستاذ الدكتور  
محمد شعلان — محملاً بكل العلم الذى حاول اكتسابه ،  
والتجارب التى حاول خوضها ، والشوق إلى البحث فى داخله  
أكثر من البحث فى خارجه ، وقد عاد بناء على رغبته وإلحاحى  
مما ، وبدأت تجاربه فى عناده الهادى فى ممارسة العلاج الجمعى  
فى القصر العينى .. وقوبل بالمقاومة المتوقعة ، وحضرت معه  
بضعة مرات .. وقارنت بين ما يفعله وما مررت به من  
خبرة شخصية ، والتقت احتياجاناً ببعضنا البعض ، ثم اتسعت  
الدائرة لتشمل شركاء التجربة الأولى ، ولتمتد إلى بعض الأصدقاء

من الناشئين في مهنتنا وغيرهم .. لتتكون « مجموعة خاصة »  
تماماً ، نمشى من خلالها على الصراط ، نقع مراراً ونقوم  
أحياناً .. نخوض النار ونلح الجنة .. وتنتهى هذه التجربة  
بكل ما لها وما عليها لتختفى في دائرة المحذور الذى أشرت إليه  
في الفقرة السابقة .. والأسباب التى عدّتها .. ولكن هذه  
التجربة الثانية لا تنتهى مثل سابقتها فى أمان وسلاسة ..  
إذ ترك فى النفوس بعض التساؤلات ، وفى الخارج بعض  
المضاعفات التى أعتقد أنها ما زالت تؤثر على طبيعتها وتخدم  
إمكان الاستفادة منها حتى النخاع عند بعض أفراد منا على  
الأقل ، وأكتفى بهذا القدر من التلميح عن التجارب  
الشخصية ، ولكنى أتف وقفة واضحة حتى لا أدع لحيال  
القارئ أن يقصور ما ليس بحقيقة ؛ فأقول إن كل ما أشرت  
إليه من مضاعفات وآلام وخبرات ومنافع — من وجهة  
نظرى على الأقل — ليس فيه سر يشين ، ولا هو بعيد عن  
العجارب العلمية الصادقة فى أى موقع علمى فى العالم المعاصر ،

ولولا احترامى المشتركين فيها ، واعترافى بالجميل والامتنان لهم ، وبالتالى ضرورة استئذانهم ، لكان فى وصف هذه التجارب شرف أى شرف لكل من ساهم فيها مهما انتهى إليه اختياره \* .

ثم أعود لأؤكد هذه الحقيقة وهى أنه : « لولا هاتين التجربتين الشخصيتين المتلاحقتين اللتين خضتهما بكل ما حملت من رغبة فى المعرفة ، وإصرار على المخاطرة واحتياج شخصى لما أمكن أن تكون ثمة « طريقة جديدة » فى العلاج الجمعى ، ولما أمكن أن يتم هذا البحث فى « اتجاه مصرى » .. الخ .. »

\* لما ألح على النساؤل حول أن أكتب عن كل ذلك أولاً أكتب .. خضعت لحل وسط .. إذ استوحيت مما مر من رواية طويلة .. ليست هى ما حدث بحال ، ولا يمكن أن تنقله بذاته .. ولكنها أيضاً من وحي ما كان .. وهى « المشى على الصراط : من جزئين » وقد أسميتها رواية علمية ، كما كان ديوانى « أغوار النفس : بالعامية المصرية » هو أيضاً من وحي هذه التجارب لقائية .

وهكذا أخلص من هذه النقطة إلى القول بأن الخبرة الشخصية والتكوين الشخصى والمخاطرة الشخصية لهم أبلغ الأثر فى انتقاء نوع العلاج الذى يمارسه هذا المعالج دون سواه، وفى تحديد هدفه ووسيلته جميعاً .

### ثانياً : الخبرة الطويلة فى العلاج النفسى :

أما البعد الثانى الذى ينبغى أن أشير إليه فى وصف نشأة هذا العلاج قيد البحث فهو ما سبقه من ممارسات علاجية ، فقد ظلت منذ اختياري هذه المهنة أقرنها مباشرة بالعلاج النفسى ، لأنه بدون العلاج النفسى لا ينبغى أن نتكلم عن الطب النفسى ، والعلاج النفسى (الذى هو تغيير سلوك المريض إلى أحسن من خلال علاقة نفسية بينه وبين المعالج) هو فى حقيقته صراع بيولوجى بين نشاط مخ إنسان ذى خبرة ونشاط مخ إنسان فى محنة ، وبالتالي فإن كل ما يتعلق بنشاط المخ من كيمياء وكهرباء وبيئة محيطه هو داخل ضمن العلاج

النفسي لا محالة .. ، أقول إذاً أنه بدون هذا المفهوم الأشمل للعلاج النفسي ، كان لزاماً على أن أبحث عن مهنة أخرى ، أو على الأقل أن أدرج نشاطى المهني تحت لافتة أخرى .

وقد مارست العلاج النفسي الفردي طوال ستة عشر عاماً (منذ ١٩٥٨ وحتى ١٩٧٦) ، وكنت أتبع فيه كل ما علمته وقرأته وسمعت عنه .. بالإضافة إلى التجربة والخطأ ، وما علمني إياه المرضى أساتذتي العظام .. وكنت — بداهة — أشعر بالنقص وأتصور أنه كان لزاماً على أن أتبع طريق التلمذة والتحليل التدريجي في الخارج ... الأمر الذي لم يتيح لي فعلاً وواقعاً ، وكنت أرجع فشلي مع بعض الحالات أحياناً إلى نقص خبرتي التي يعينني عليها قراءاتي الخفيفة ومثابرتي الطويلة (التي وصلت إلى سبع ساعات متصلة يومياً في هذا النوع من العلاج خاصة) .. ولكن في النهاية .. كانت المحاولات ذاتية في المقام الأول .. ، إلا أنني كنت أصبر نفسي أن فرويد ذات نفسه قد خاض هذه المحاولة ابتداءً من واقع نفسه وتجاربه دون تديب



سابق وأناى أسلك نفس السبيل بميزة إضافية وهى أن التجارب الأخرى مكتوبة فى متناول يدى ، وقد أفادنى هذا الشعور بالقصص - بقدر ما عوقفتى - فكان دائماً يمنع غرورى ، ويحد من غلوائى ، ويهدئ خطوتى ..، وحين كان يعود أىء من أتاحت له فرصة التدريب فى الخارج ، أو حين كنت أناقش أستاذى الدكتور عسكر ( وهو قد تدرب أيضاً فى الخارج ) كنت ازداد ثقة بما أفعل ، وحين سافرت فى مهمتى العلمية إلى باريس وشاهدت بعض جلسات العلاج النفسى عبر الدوائر التليفزيونية (الأستاذ ليوفيسى ، ودياد كين ) تيقنت أناى على الطريق السليم .. وأن الوعى والمثابرة والمسئولية والتعلم من الخبرة السابقة هى الأسس الضرورية لتنمية المعالج النفسى ، وقد أفادتنى هذه الخبرة الطويلة فى العلاج النفسى الفردى - فى بيئتنا هذه - فى عدة أمور :

أولاً : أناى جربت كل الطرق المعروفة تقريباً من أول

الاستلقاء على الحشية والتداعى الحر إلى المواجهة وجهاً لوجه  
والعلاج التفسيري المباشر والمنطقي .

ثانياً : أنى مارست هذا العلاج مع كل أنواع الحالات  
من أول المستيريا التحولية التى ينتهى الإيماء فيها فى جلسة  
أو اثنتين ليبدأ بعد ذلك علاج أعمق ، أو لا يبدأ .. ، إلى  
العلاج المكثف للفصام الذى استمرت إحدى حالاته معى  
ثلاثة عشر سنة تماماً كنت أرى صاحبها فيها كل يوم تقريباً ..  
وأغوص معه إلى أعماق طبقات الوجود .

ثالثاً : أن طول ممارستى لهذا العلاج مع ندرة سفرى  
وندرة انقطاعى عن العمل ، أتاحالى فرصة التنبع الطويل للحالات  
المستمرة فيه ، وكذا للحالات التى انقطعت عنه .

وقد خلصت من تجربتى الطويلة هذه إلى أن هذا العلاج  
هادف وضرورى لتكوين المعالج النفسى ، وأنه لا غنى عنه ،  
بل - وقد قررت ذلك بعد أن مارست العلاج الجمعى - أنه مرحلة  
لازمة لكل معالج قبل أن يتفرغ للعلاج الجمعى ، كما خرجت

أيضاً من الخبرة الطويلة مع الذهانيين عامة والنصاميين خاصة،  
والصديق النصامى (صاحبى فى الثلاثة عشر سنة سائلة الذكر)  
بوجه أشد خصوصية .. خرجت من كل هذا بمعرفة عن أعماق  
النفس الإنسانية فى أزمة وجودها ، بما هيا لى فيما بعد أن  
أمارس العلاج الجمعى فى سهولة أكبر وتقييم أعمق من خلال  
معرفة أغوار النفس حتى سر الجنون .

ولكنى لم أكن قادراً على تقييم حقيقة نتائج العلاج  
الفردى ، وخاصة تلك التى استمرت عدة سنوات ، فقد تصورت  
حينذاك أنى توصلت مع المريض - منهم - إلى درجات رائعة  
من الوعى والصحة والتوازن ، ولكنى تعلمت فيما بعد -  
من خلال هؤلاء الأفراد الذين انتقلوا معى من العلاج الفردى  
إلى العلاج الجمعى أننا كنا فى خدعة لفظية اغترابية سطحية  
فى أغلب الأحيان ، وقد قام العلاج الجمعى فى هذا بعمل يوتقة  
الاختبار الموضوع على النار ، التى تضع فيها المعدن المراد  
تقييمه فإما أن يزداد صلابة لأصلته أو أن يتفحم ويتناثر ،

وللأسف فإن كثيراً ممن « أتم » علاجه الفردى لم يحتمل اختبار المواجهة فى العلاج الجمعى ، حتى عدلت عن قياسهم بهذا المقياس تماماً .. إلا إذا دعت الضرورة ..

والحق أقول أن هذه الخبرة كانت صدمة لى، تكاد: تصرخ فى وجهى: « إذا .. ماذا كفت تعمل طوال هذه السنوات؟ »، وامتد اختبار البوتقة (العلاج الجمعى) ليكشف حقيقة توازن من حضر علاجاً فردياً حتى عند غيرى من الزملاء لمدد طويلة ، بل لى لا أذيع سراً إذا قلت أن بعض المعالجين الفرديين لم يتحمل رؤية ما يجرى فضلاً عن المشاركة فيه ، وكان كل هذا الانزعاج والهرب دليلاً على الطبيعة المختلفة للعلاج الجمعى وعلى درجة عمقه معاً ، بل إن الانزعاج والهرب كانا أكبر فى أولئك المرضى الذين كانت لهم خبرة سابقة فى العلاج الفردى عنه فى أولئك الذين يدخلون إلى العلاج الجمعى مباشرة ، وكان العلاج الفردى — بشكل أو بآخر — قد يبعد الفرد

عن نفسه أكثر مما تفعل الحياة العادية . . ولكنى لم أتماد  
في هذا التصور ، لأن الحالات التى دخلت اختبار البوتقة  
قليلة ، ومشكوك فى صلابتها ابتداء ، ولم يدفعى كل هذا إلى  
أن أفقد الثقة تماماً بالعلاج الفردى لصالح العلاج الجمعى ، بل  
تهفنت أنهما علاجان مختلفان . . وأنه لكل دور ، وقد  
خطر ببالى أن هذه المدة التى قضيتها فى العلاج الفردى قبل أن  
أواجه حقيقة وحقيقتى وهى حوالى الخمسة عشر عاماً ، هى قريبة  
من المدة التى سمحت لأى جديد بالظهور فى مجالنا هذا وخاصة  
من بدأ حياته بممارسة التحليل النفسى على نفسه وآخرين  
( راجع توقيت ظهور النظريات الجديدة لكل من  
كارين هورنى ، وهارى ستاك سوليفان ، وإريك فروم . .  
وكلها ظهرت بعد حوالى ١٨ عاماً من بداية تدريبهم وعلاجهم  
التحليلى وحتى بيرلز — مؤسس مدرسة العلاج الجشثالى —  
أمضى نفس المدة فى هذا السبيل قبل أن يطلق لثورته العنان )  
وكان هذه السنين الطويلة ضرورة كحد أدنى يسمح بالتطور

---

من واقع الممارسة ، وليس التغيير لمجرد رغبة في اختصار الطريق  
خوفاً من الممارسة .

خلاصة القول أن هذه الفترة التي قضيتها أمارس العلاج  
الفردى كانت ثروة حقيقية أدت ثلاث وظائف على الأقل .  
الأولى : معرفتى للنفس الإنسانية فى أعماق مستويات  
مأساة وجودها وخاصة من خلال علاج النصاميين .

الثانية : إيمانى بضرورة هذا العلاج كمرحلة وكبديل  
يحتاجه الكثيرون ( بعكس بيرلز الذى اعتبره غير ذى موضوع  
حتى وصف القداعى الحر بالتناثر الفصامى )

والثالثة : فشلى فى الاستمرار فيه - شخصياً - وتطورى  
من خلاله إلى هذا العلاج الجمعى موضوع البحث .

أما بداية ممارستى المهنية للعلاج الجمعى فقد واكبت  
تجارى الشخصية سالفة الذكر كما واكبت بعض بقايا

حالات العلاج الفردى وكانت التجارب الأولى للعلاج  
الجمعى ذات ثلاث أنواع :

الأولى : بالمشاركة فى ( وأحياناً قيادة ) جلسات  
جماعية فى مستشفى دار المتكلم للصحة النفسية حيث يحضر عدد  
يتراوح بين ١٥ ، ٢٠ فرداً ، وبين ٥ إلى ثمانية من هيئة العلاج  
والمدرسين ، وهو يجرى يومياً وكثرت أحضره مرة أسبوعياً ،  
وكان النقاش عقب كل جلسة مثرياً ومفسراً ونافعاً لى  
والمدرسين معاً ، ولكنه كان ذا طبيعة موقوتة بتواجد  
المريض فى المستشفى ، وبالرغم من ذلك فإن نتائجها كانت مشجعة  
وأحياناً رائعة .

الثانية : بعض المحاولات السابقة لهذه المحاولة قيد البحث ،  
فى عيادتى الخاصة والتي كانت أساساً ليست إلا تجميعاً  
لأفراد كانوا يحضرون معى العلاج الفردى مع بعض المتمرنين ،  
والتي أشرت إلى أن أغلبهم لم يتموا جرعة العمق التى يحماها  
العلاج الجمعى بالمقارنة بالعلاج الفردى .

الثالثة : محاولة أصيلة لبعض التطوعين ( ليسو مرضى ..  
أو لم يعلنوا مرضهم ) من طلبة كلية طب القصر العيني ،  
وأغلبهم ذوو ميول يسارية أو ثورية أو شبه ثورية ، وكانت  
هذه الخبرة علنية ، يأتي ليشاهدها من يشاء من الطلبة والأطباء  
حيث تجرى في العيادة الخارجية للقصر العيني ، وقد أفادتني  
هذه المحاولة إلى أحشائي ، إذ كانت تحمل من التحدى والعمق  
ما كان يمحرجني ويضطرني إلى اكتشاف طبقات أعمق في  
نفسى ، أكثر من العلاقة مع المرضى الذين « يدفعون » في عيادة  
خاصة ، .. وقد استمرت هذه المحاولة ما يقارب العام الدراسي  
تعلت فيها عن نفسى وعن المهرب في المبادئ ما كان يصعب  
على أن أتعلمه من غيرها .

ثالثاً : أما المصدر الثالث الذى اكتملت به هذه  
الطريقة ، فهو بعض القراءات القليلة حول الموضوع وأهمها  
كتاب العلاج الجمعى لإريك بيرن ، وبعض مقالات عن علاج  
الجسثالت جمعها « فاجان » ، والحق أقول أن دور الممارسة كان



له نصيب الأسد في نشأة هذه الطريقة قيد البحث ، وحتى  
اكتشافى لمبدأ « الهنا والآن » كان قد تم قبل أن أقرأه  
وذلك من خلال مصادفة في العلاج الفردى بطريقة قريبة من  
« التجربة والخطأ » حين أراد أحد المرضى أن يهدينى رمزاً  
من الرخام على أحد وجهيه اسمى ( كما هي العادة ) ثم طلب  
منى أن أقترح عليه الحكمة التى يكتبها على الوجه الآخر كما  
اعتاد الناس (مثل «الصبر» أو «الحلم سيد الأخلاق» .. الخ)  
فقلت له مارأيك أن نكتب الحكمة التى انتهينا إليها معاً بعد  
طول صحبتنا ؟ واتفقنا على أن نكتب على الوجه الآخر هذه  
الإشارات .

أنا ، هنا ، الآن  
كنت ، سوف ، ثم

وبقيت هذه الرخامة منذ ذلك الحين على مكتبى ، حتى  
أن صديقاً لى حين عاد من الخارج ووجد هذه اللافتة على

مكتبي سألني « هل أنت جشعاًلتي ؟ » وقلت له بقليل من الحرج  
« ما ذا تعنى ؟ » ، وشرح لي في إيجاز مازح كيف أن هناك  
مدرسة تسمى العلاج الجشعاًلتي تركز على الـ « هنا .. والآن »  
والـ « أنا .. أنت » مثلاً تشير الالوحة ... إلخ ، وقد أوردت هذه  
الحادثة لأؤكد على دور الممارسة ، ولأعيد إعلان طريقي الخاصة  
في اكتساب المعرفة ، وهى نفس الطريقة التى أشرت لها فى  
« حيرة طيب نفسى » حيث اعتبرت نفسى بالنسبة لما أقرأ ممن  
يعانون من ظاهرة القراءة السابطة Degré Lu إن صبح التعبير ،  
لأننى — فى فرعى هذا — أقرأ غالباً ما عرفته فعلاً من خلال  
الممارسة .. ، الأمر الذى يمكن أن أعده تقصيراً فى بعض  
الأحيان .

ولكنى أوردت هذا التسلسل عن (١) التمهيد بالممارسة  
الذاتية ثم (٢) طول الممارسة المهنية فى العلاج الفردى ثم (٣)  
الجمعى ، وأخيراً (٤) القراءة المحددة المعالم ، لأشرح كيف صمّم

لذا هذا الترتيب على هذه الطريقة أن يسمى هذا الاتجاه باسم  
« اتجاه مصرى » .

خلاصة القول أن هذه الطريقة هى بالضرورة ، وبطبيعة  
تطورها طريقة مصرية .. وأصيلة لارتباطها بالبيئة وبالمعالج  
ارتباطاً مباشراً .

### ثالثاً : طريقة البحث وصعوباتها

حين تخطينا المرحلة الأولى - وهى اختيار الموضوع بعد  
مقاومة المشرف وإصرار الباحث - واجهنا مباشرة ،  
وبدأه ، ضرورة تحديد الطريقة العملية التى سنقوم فيها  
بإجراء البحث ، وأجد من المفيد هنا أن أذكر مراحل  
التفكير التى مررنا بها أولاً حتى أعرض للقارىء - وللباحث  
المبتدىء - كيف تتسلسل الأمور فى صعوبة مرهقة قبل أن  
يستقر الباحث على وسيلة المفضلة : وثانياً - حتى أفتح  
أبواب طرق بديلة للطريقة التى اتبعناها ، لنواصل البحث

بها . . أو ليقوم غيرنا بتطويرها لسد النقص الذى سيظهر فى طريقتنا الحالية ، وقد بدأ تفكيرنا بالطريقة التقليدية لتقييم ما يجرى فى هذا النوع من العلاج بالاعتماد على رأى المرضى والمترددین فى التقييم وتحديد طبيعة العلاج وتفسير كيفية التغير من خلاله وأعددنا لذلك استباراً « محدد الأسئلة ، حر الإجابة » ، بحيث يسمح للجيب أن تكون إجابته فى كلمة واحدة ، أو سطوراً أو عدة صفحات على نفس السؤال ، وقد رنا أن يكون البحث مقارناً بين مجموعة ممن استمروا فى العلاج ومجموعة أخرى ممن انقطعوا عنه . . وقد ملأ فعلاً هذه الكراسات عدد يزيد عن عشرين فرداً ، وكانت إجاباتهم ثرية وعميقة وشديدة الإثارة والفائدة . . إلا أن الحصول على من انقطعوا عن العلاج كان صعباً . . وحتم إلى الإجابة بنفس الحساس كان مشكلاً ، وكدنا نفع - من خلال الخوف - فى شرك مقارنة ما لا يقارن . . اللهم إلا إذا كان الهدف مشتركاً بمعنى تصنيف المتارين فى نفس الوقت الذى

يجرى فيه تصنيف العلاج ، ولما كان البحث بطبيعته محدد  
المدة ( للحصول على إجازة دراسية لهاتاريخ محدد ) فقد دفعنا  
هذا إلى المباشرة وخوض التجربة في الحال ... بعرض مايجرى  
في عدة جلسات علاجية متلاحقة ، ومحاولة تفسير العملية  
العلاجية ذاتها « ديناميا » ، وبدأنا في أول الأمر نعتمد على  
الباحث نفسه ، وإلى درجة أقل على زملاء له يحضرون المجموعة ،  
وتعرض الجميع إلى هجوم المجموعة المباشر ، وشاركهم في  
تلقى هذا الهجوم العلاج نفسه ، ورحب الجميع بهذه المعارضة التي  
وصلت لدرجة الرفض والعدوان حتى استقر الأمر من خلال  
الحوار الخلاق ، وتعود أفراد المجموعة على طبيعة العمل الجارى  
ورضوا بهذا البحث في مسيرة المجموعة باعتباره جزءاً مكمل  
لطبيعة أهداف المجموعة في نوعية التواجد في الحياة ، وهذا  
في ذاته هو أول إعلان لطبيعة المجموعة وطبيعة العامل المشترك  
بين أفرادها ، ولا أستبق الأحداث حين أقول إنه  
« ارتباط النفع العام بالنفع الخاص ارتباطاً عضوياً ومباشراً » .

وبدأ التسجيل ؛ واعتمدنا هادئ ذي بدء على الذاكرة لمشاهدين معا ، ولكن هذه الطريقة لم تعطينا سوى صفحات معدودة وإن كانت تحوى التفاعلات الهامة ، والانتقالات ذات الدلالة ، والاستجابات المميزة ، إلا أننا أحسنا أن الصورة ليست كافية . فانتقلنا إلى مرحلة التسجيل الصوتي ، الذى أعطانا مادة أثرى وأدق ، أخذنا منه ما انتقينا من عينات للحوار بنص ألفاظه ولجأنا فى الجلسة الأخيرة — الثالثة عشر — إلى محاولة من نوع خاص وهى أن يقوم الباحث بتفريغ الجلسة كلها ، ثم يعطيها للمعالج ويطلب منه تعليقا مكتوبا على أحداثها أولا بأول ، فإذا بالتفريغ يتم فى حوالى مائة صفحة ، وإذا بتعليقى يصل إلى ضعف محتوى التفريغ ، وكان على الباحث بعد ذلك أن يناقش الاثنين معا « التفريغ والتفسير » ويربطهما بالمدارس المعاصرة ، وقد فعل هذا على قدر جهده ،

وإذا بنا أمام بحث كامل قائم بذاته ، مادته جلسة علاجية

### واحدة!!!

وقد أوردت هذه التفاصيل لأوضح نقطة أخرى ، وهي  
تدرج مستويات البحث من جهة ، وصعوبة ادعاء الالتزام  
الموضوعي من جهة أخرى ، وملاحظتي على أنه سواء كان  
التسجيل من الذاكرة ، أم عينات من التسجيل الصوتي ، أم  
التسجيل الصوتي الكامل ، فإنني لاحظت أن اتجاه الباحث  
ومناقشاته وتساؤلاته وتعليقاته كانت متقاربة ، وكان العامل  
المشارك الفعلي هو الباحث نفسه وفروضه العاملة !! مما يؤكد  
ما ذهبت إليه أول الأمر من أن أداة البحث هي الباحث  
نفسه في أغلب الأحيان .

وعلى من يتصور أن التسجيل « بالذاكرة » ذو طريقة  
ناقصة أن يتذكر أن الممارسة الاكلينيكية كلها تعتمد على  
التسجيل بالذاكرة أساسا ، وأن هذا التسجيل التلقائي هو

الذى ينمى الحدس الاكلينيكي للمارس باستمرار ، سواء وصل هذا التسجيل إلى شعوره أو ظل يساهم في تكوينه المهنى لا شعوريا ، فإذا أردنا أن نضع مثل هذا البحث الذى يبين أيدينا فى مكانه الطبيعى فهو إضافة منظمة إلى الممارسة الاكلينيكية الجارية فعلا تلقائيا . . بما يحدد بعض معالمها ، ويؤكد أو ينفى بعض تصوراتها ، وبالتالي فإن مناقشة معلومة واحدة من جلسة واحدة قد تؤدي هذا الغرض وتعود بالفائدة على المهتمين بالأمر من المشتغلين بالعلاج النفسى ، كما أن محاولة تحليل كل كلمة قيلت ، فضلا عن كل همسة ، وكل لفتة ، وكل صمت ، تفيد جميعها فى نفس الاتجاه ولنفس الهدف ..

ولهذا فوظيفة البحث العلمى فى هذا المجال هو « أمانة التسجيل بقدر الإمكان » من موقف شخصى ، لأن غير ذلك مستحيل كما سيرد ، ثم التفسير بقدر المتاح من ترابط المعلومات ، وبالعالي إتاحة الفرصة — من خلال هذا وذاك —



للمارس لتعميق رؤيته وإعادة النظر فيما يأتى وما يذر ، أما البعد الثالث الذى أشار إليه الباحث وهو التفهم الدينامى للاضطرابات والأمراض النفسية (ومن قبل ومن بعد : ديناميات الشخصية ) فهو يبدأ أيضاً بالتسجيل فالتفسير فالتنظير ، وقد أتاح لنا هذا البحث فى إضافة رؤية شاملة لهذا الجانب على أى حال ..

ولنا هنا وقفة لازمة لتوضيح هذه الصعوبة المشتركة فى مثل هذا النوع من الدراسات والأبحاث ، فعلى كثرة ما كتب عن العلاج النفسى ، فإن تسجيل ما يدور فعلاً بكل التفاصيل لم يرد أبداً ( ونستطيع أن نقول أبداً ، حتى بالنسبة للكتب التى كتبت عن حالة واحدة Case book ) ومع ذلك فإن ما كتب عن العلاج النفسى يصل إلى آلاف المجلدات دون حرج فى أن التسجيل التفصيلى غير وارد ، مكتفين بتسجيل « عيinat دالة » ، ولو كان هذا التسجيل الجزئى ( العيinat ) مرفوض ؛ لتعرض النشر فى العلاج النفسى لمحنة

شديدة تهدد بتوقف صدور أى كتابة عنه . . ذلك لأن  
أمام هذه الأمانى التسجيلية صعوبات واستحالات عديدة  
نورد بعضها هنا كأمثلة توضيحية :

١ — الاستحالة العملية : لأن تسجيل حالة واحدة فى  
علاج تحليل نفسى طويل قد تحتاج إلى عشرات المجلدات ،  
لأن تفريغ ساعة واحدة من التسداعى الحر ، قد يلزمه بضع  
وعشرين صفحة ، فإذا كان متوسط الجلسات فى العام ما بين  
مائة جلسة وثلاثمائة ، وكانت مدة العلاج من سنتين إلى خمسة  
فلقارىء أن يتصور حجم « المادة الخام » التى سيبدأ منها  
تقييمه وتفسيره وتنظيره . . ذلك التقييم الذى يبلغ بدوره حجما  
مما فلا على الأقل إن أراد الباحث الإتيان ١١

٢ — الاستحالة التسجيلية الفنية : حيث إن غاية ما يمكن  
تسجيله هو التسجيل الصوتى ، وفى أحوال نادرة : التسجيل  
الصورى الصوتى معا ، وهذا وذلك يحتاجان إلى « تكنيك » فنى

خاص أقل ما فيه أن يستطيع تكثيف وجهى العلاج والمريض  
معاً فى آن واحد (ثم تكثيف عدد أكبر من المرضى) . .  
وهذا يستدعى أن يتم العلاج فى استديو كامل المعدات !!!

ثم تأتى بعد ذلك الصعوبة فى إعادة العرض بالتفصيل على  
الحكم (الموضوعى) (!!!) ثم استمادة العرض .. فإذا انتهينا  
إلى أخذ عينات من التسجيل رجعنا إلى التساؤل « أى عينة »  
أخذت ، وأى عينة تركت ؟ ولماذا ؟ .. ومن أنت الذى  
أخذت ما أخذت ، وكيف سمحت لنفسك بترك ما تركت ،  
وأصبحت المسائل اتهام و « نياية » وشكوك ودفاع .. لتتوقف  
مسيرة العالم الباحث عن الحقيقة بكل وسيلة بما فى ذلك وسائل  
الممارسة البشرية المباشرة .

٣ — الاستعالة المهنية : ذلك أن التسجيل التفصيلى

لا يمكن أن يتم دون أن يؤثر على طبيعة العلاج وتطور  
المريض والعلاج معاً ، بما يشوه ما يجرى حقيقة وفعلاً ، إذ قد

يعوق التلقائية والسلاسة اللازمتين لنقل « عينة » أمينة  
ناهيك عن نقل « كل » ما يجري ..

٤ — الاعتبارات الأخلاقية : ومهاقيل في درجة السماح

الذى سيسمح بها المريض والمعالج معاً — من أجل خاطر  
عيون البحث العلمى — فإن مادة البحث لا بد وأن تتأثر  
إذ نتدرج إلى أعقق درجات الوجود البشرى ، حين  
تصطدم بالجانب الآخر البشع من تواجدنا بما فيه من قتل  
وجنس ومحرمات وشذوذ .. إلى آخر هذا التاريخ الزاخر ..  
فإذا تصورنا أن مريضاً ما قد سمح لنا بالاطلاع على كل هذا  
المحتوى ، فلا بد من إعادة النظر في طبيعته وتسكوينه الذان سمحا  
له بهذا السماح ، وهى خبرة من الندرة (سواء كان الدافع إسهاماً  
إيجابياً للعلم ، أو استمراضاً سلبياً للظهور) بحيث يصعب  
تعميم النتائج المستقاة من مثل هذه العينة .

أما النوع الأغلب الذى لن يسمح لنا بالوصول إلى هذا  
العمق وتسجيله ، فهو يعلم بذلك ضمناً أن بحثنا ناقص لا محالة ...

٥ — الاعتبارات الذاتية عند المعالج : إذا أردنا أن

يكون التسجيل شاهد صدق على ما يجري فلا بد أن يكون  
المريض والمعالج معاً ، ثم للظاهر والباطن معاً ، وكما أن الباطن  
عند المريض بعيد المنال إلا من خلال المادة المتاحة أثناء العلاج ،  
فإن الباطن عند المعالج صعب المنال ولكنه ضروري  
لمعرفة التفاعلات الاستجابية لما يجري أولاً بأول ، وهذا  
أمر يعرى المعالج -- إن صدق -- لدرجة قد لا يسمح بها كل  
معالج ، وقد لا يدركها أى معالج . ، ولا يقدر عليها أغلبهم  
نخلص من كل ذلك : إلى أن ما نقرؤه في مئات المراجع  
التي بين أيدينا عن العلاج النفسى وأنواعه ، ليس إلا  
وجهة نظر شخصية ، ذات بعد موضوعى بقدر موضوعية  
صاحبها ، وذات فائدة عملية بقدر إمكانية تطبيقها ، وهى تعتمد  
على عيinat منتقاه ، تؤكد أو تنفى وجهة النظر هذه .

وما دمنا أمام ظاهرة إنسانية علمية مهنية بهذه الدرجة

من الصعوبة ، وفي نفس الوقت هي تتناول أخطر وأعمق معالم وجودنا ، فنحن لانملك أن نتخلى عن مسئوليتنا فنحجم عن الخوض فيها لمجرد أن الحواجز دون الوصول إلى حقيقتها كثيرة وشائكة ، ولكن علينا في نفس الوقت ألا نبالغ في تصور موضوعية عملنا لأننا في النهاية أمام عينة محدودة قابلة للتعميم بقدر نسبي دائماً .

وإني لأكاد ألمح على وجوه بعض السلوكيين والطرائقيين شماتة وفرحة بإعلاني هذا النقص البادى في هذه الطريقة البحثية ، وكأن الجزء الظاهري المحدود الذى نحصل عليه بوسائلهم هو البديل الأمثل لهذا العجز الذى أعلنه بشجاعة ، وهنا أقول لا .. وألف مرة لا .. لأن الصعوبة ليس بدليها الاستسهال ، ولأن الحقيقة ليست هي « ما يمكن الحصول عليه » ولكنها ماهيتها .. سواء أدركناها أم ظللنا نسعى دائماً لإدراكها ، وأنا لا أقول هنا بتواجد مزدوج للأشياء مثل

« كانت » حين تحدث عن الظاهر (الفنومين) والجوهر (النومين) وزعم أن الأخير غير قابل للتعرف عليه فوقع في قبضة هيكل ! حين واجهنا بتساؤله : إذا كان هذا النومين بعيداً عن إمكان معرفتنا ، فلماذا الحديث عنه أصلاً وكيف يمكن افتراضه ؟ لا .. أنا لا أقول أن هناك حقيقة بعيدة عن المعرفة ( بل العكس هو الصحيح إذ أن هناك معرفة بعيدة عن الحقيقة ) ولكنى أعلن من خلال تحديد الصعوبات وتقدير المعجز :

أولاً : أن السلوك الانساني شديد التعقيد .

ثانياً : أن الوسائل المتاحة لتسجيله لا تتعدى الظاهر ، وحتى الاستنباط لا يتعدى القدر متاح للشعور .

ثالثاً : أن هذا التعقيد وهذه الصعوبة لا ترفع عنا مسئولية — وضرورة — البحث فيه ، ومحاولة سبر أغواره .

رابعاً : أن قصور وسيلة ما لا يمنعنا من أخذ معطياتها

ما تقدر الممكن ، وأن أهمية معطيات وسمة البحث لا تقاس  
بالسهولة التي نحصل بها على المعلومات ، ولكن بالأمانة  
الموضوعية عند الباحث التي يبذلها في محاولته ، والتي تظهر  
وتقاس بمدى معاناته ، ومدى قبول قصوره ، ومدى احترامه  
لنقص وسيلته ، وإدراكه صعوبة غايته .

فإذا كانت هذه المواجهة المؤلمة قد أعلنت أن مجال  
العلاج النفسى (أو ما يمكن أن يسمى: تجربة التغيير البشرى)  
هو مجال صعب ، وأن كل ما نعرفه عنه مما هو قابل للنشر  
(أو قادر على النشر) هو مجرد «عينات» «ووجهات نظر» ،  
كان هذا ادعى إلى أن ندلى بدلوفا في عرض العينة التي نرى  
عرضها ، وفي إبداء وجهة النظر التي نرتيها ... دون شعور  
بالنقص من جهة ، ودون مغالاة في إدعاء الموضوعية من  
جهة أخرى .

ومن هنا لا بد أن أعترف بشجاعة الباحث لإصراره على



خوض غمار هذه التجربة الحية الخلاقة ... ليعرض عينه من « تجربة التغير البشرى » الذى يجرى فى مجال العلاج الجمعى من وجهة نظره أساساً مستعينا بوجهة نظر للعلاج أحيانا ، بلا ادعاء لموضوعية غير متاحة لأى باحث فى مجالنا هذا ( مهما تهرب - من خلال ادعاء الموضوعية - من مسؤولية وجوده الذاتى ... ) — ثم ليكن تطوره بعد ذلك من خلال القدر الذى سيسمح به لنفسه من احتكاك وجدل وقبول ورفض للآراء الأخرى ( الذاتية أيضا بدرجات متفاوتة ) .

## رابعاً - مادة البحث

فى رأى الشخصى أن مادة هذا البحث - وربما كل بحث يجرى فى مجال العلاج النفسى - مكونة من ثلاثة عناصر أساسية :

٢ - المعالج ( والمعالجين المساعدين إن وجدوا ) .

٣ - الباحث نفسه .

ولفتحدث عن كل جانب من مادة هذا البحث على

حده :

أولاً : المرضى والمترددون : بادئ ذي بدء ، لا بد لنا

من وقفة عند تعبير « المرضى » ، ففي الوقت الذي أجرى فيه البحث على هذه المجموعة كان عمرها قد بلغ ما يزيد عن عام ونصف لأغلب أفرادها ، وكانت معظم الأعراض ( أو جميعها ) عند الغالبية قد زال ... بحيث ينبغي مراجعة تسميتهم بالـ « مرضى » ، وقد أشار الباحث إلى أن التشخيصات كانت قد تغيرت تماماً لأن العلاقة الدينامية بين أجزاء الشخصية كانت قد تغيرت أساساً ، وأكاد أسمع رداً جاهزاً يقول أنهم ما داموا لا يزالون يترددون على العلاج فهم مرضى ، ولن أتطرق هنا إلى مناقشة هذا الادعاء ، ولسكني أحيى القارئ إلى نظرتي عن « مستويات الصحة النفسية على

طريق التطور الفردى » ( وإن كانت تمثل مرحلة سابقة من فكرى ) وأقول إن مجرد التردد للعلاج لا يعنى المرض . . بل قد يعنى رؤية أعمق ، أو أملاً أشمل ، أو إصراراً أعنف على الحياة الأفضل . واستمرار مسيرة التطور ، ولهذا استعملت لفظ المترددين بجوار المرضى وبينهما حرف عطف لأحدد أن المتردد ليس مريضاً بالضرورة ، وبالتالي أفتح باب التبادل بين صفتى المرض والتردد لأؤكد أنه طريق ذهاب وإياب ، وفي هذه المجموعة بوجه خاص ذكر الباحث أن حضور بعض أفرادها كان بهدف التدريب ، ولكن باقترابهم من « المأرق الوجودى » ظهرت الأعراض لدرجة أنهم أعلنوا بأنفسهم رغبتهم فى الانتقال إلى صفة المرضى حتى يمارسوا حقهم الطبيعى بكل أبعاده ، وكان المرض أصبح حقاً اختيارياً مرحلياً فى الطريق إلى التغيير الواعى .

ثم أنتقل بعد ذلك إلى التعريف بأفراد المجموعة ، فبالإضافة إلى ما ذكر الباحث عنهم من معلومات — بعد أن

أخفى أسمائهم - فهم بالنسبة لى من أصدق من عرفت ، من حيث فضلهم على فكرى ، وعلى وجودى ، وعلى علمى ، فهؤلاء الناس بكل سلبياتهم وإيجابياتهم وعدواهم وظلمهم ومحاولاتهم وشقايتهم وألمهم وهروبهم ... بَشَرٌ بحق ، وإذا كانت تعريفات الإنسان قد تنوعت بشكل مربك بادئين من أنه حيوان ضاحك إلى أنه حيوان ناطق أو مفكر إلى آخره ، فإنى هنا أحب أن أعلن أن هؤلاء الناس قد علمونى أن الإنسان « ... هو الكائن دائم المحاولة الواعية إلى الرقى ، برغم وعية الآتى بضرورة الاستقرار المرحلى » .

ولكنى أقر هنا أن نوع هؤلاء المرضى هو - نوع خاص ، بالإضافة إلى ما أورد الباحث من مواصفات وتشخيصات .

١ - فهم جميعاً فى عناد عنيد ضد استسهال حل بذاته سواء كان هذا الحل حياة عادية هامة ، أم مرض مزمن مستسلم ، أم موقف انسحابى متفرج .

٢ — وهم جميعاً قد قبلوا أن يستمروا في الحضور ،  
وبالتالى في ممارسة المحاولة الموجهة في أن يقبلوا هذا العناد  
من مجرد المكابرة والتوقف الناطح إلى محاولة التغيير بكل  
ما يحمل من مخاطر وآلام .

٣ — وهم جميعاً — وربما يرجع ذلك جزئياً إلى تأثير  
العلاج ، قد واصلوا احتكاكهم بالواقع والتكلم باللغة  
السائدة ، رغم مواصلتهم تعرية أنفسهم والتفاهم — مؤقتاً —  
بلغة خاصة في نفس الوقت .

٤ — وهم جميعاً قد قبلوا التعرى أولاً أمام بعضهم  
البعض وأمام العلاج ، وثانياً أمام الباحث ، قبلوه في شجاعة  
وصراحة ، وتفسيري أنهم وصلوا إلى درجة من الصدق مع  
أنفسهم ، ولأنفسهم لم يعد عندهم معها ما يخشونه من رأى  
آخر ، أو فرجة آخر ، أو تسجيل آخر ، فضلاً عن إدراكهم  
لإتصال نفعهم الشخصى بالنفع العام بما ذكرت .

ولسكل هذا فإني أعلن شعورى أنهم هم الذين قاموا

بهذا البحث أساساً وفعلاً . لأنهم واصلو البحث الصادق فى

داخلهم وخارجهم ، ثم ساهموا بالموافقة على تسجيل ذلك

وتوصيله دون تصنع أو انفعال ، ففضلهم على الباحث وعلى

وعلى العلم وللحقيقة فضل مباشر ليس له جزاء إلا أن تفجج

محاولتهم لهم ، وهذا ما يضاعف دينى — وربما دين الباحث

إن أدرك حقيقة عطائهم — إليهم وإلى من هم مثلهم ،

فأنا لا أعنى بوصفى لهم أشخاصهم ، بقدر ما أعنى كل من

« هم كذلك » سواء كانوا هؤلاء الناس أم أى ناس .

ولنا هنا وقفة ، فهناك من سيقول : إذا هؤلاء نوع

خاص من الناس ، وبالتالى فهذا العلاج لا يصلح إلا لأمثالهم .

والرد المباشر : ولم لا ؟ . . . والرد التالى : نحن لا نستطيع أن

نجزم إن كانوا قد قدموا للعلاج بهذه النوعية أم أن العلاج

قد أسهم فى كشف غطائهم فظهرت هذه الإمكانيات الإيجابية

العنيدة ؟ والرد الأخير : إن أحداً لم يدّع أن هذا العلاج هو

العلاج الأوحـد ، بل بالعكس إني أقر وأعلن أن لكل نوع  
من العلاج نوع من المتعالجين .

ثم ننتقل إلى مادة البحث الثانية وهي « المعالج » نفسه :  
وأول ما نبـحث هنا هو ما أشار إليه الباحث من أن  
هناك وجه شبه بين المعالج وبين هؤلاء المرضى ، وأنه مجرد  
فرد في المجموعة مع تميز خاص من حيث فعالية دوره ، ودرجة  
مستوليته في التغيير ، واتجاهه ووضعـه المهني الذي يأخذ به  
اتعابه ، وإني إذا قرره على ذلك .. أقره أيضاً على ما أشار  
من خلاف .. وأضيف إلى هذا وذاك أني كنت شبه متعاقد  
معهم عقداً لم يعلن أبداً ، وهو الاستجابة من جانبهم لدعوة  
من جانبي تكاد تقول « ... إني مثلكم .. ولكني مصر  
على الاستمرار بلغة الواقع دون التنازل عن أي جوهر رأيتـه  
في نفسي ، فهل نحاول — ياجاعة — أن نمارس حياتنا سوياً  
إلى نهاية عمق وجودنا بكل أبعاده المترامية ، لنرى الحكاية .. ،

بل وقد توجه السار من خلال نجاح موقفنا العنيد . . كمينه  
قادرة على التطور بوعى وألم ودون تناثر أو صراخ ، وقد  
سمحت استجاباتهم واحداً واحداً بالمواقفة « بمجرد الحضور  
والاستمرار فيه » ، وعزوت هذه الموافقة إلى ضغط داخلي  
مباشر أُعلنَ بظهور الأعراض ، وإغراء خارجي مباشر  
هو محاولة العلاج الذاتية المستمرة . .

ومهما يكن من أمر اضطرارهم لخوض هذه التجربة  
بسبب أعراضهم ، ومهما يكن من أمر وضعى بالنسبة لهم  
كطبيب وظيفته الأساسية هي تخفيف الألم وإزالة الأعراض ،  
فإن هذه وتلك كانتا الاتفاق الظاهري لحسب ، أما العقد  
غير المعلن — حسب تصورى — فكان يتعلق بخوض هذه  
التجربة السكانية ، ومن هنا جاء شعورى بالعرقان تجاههم ،  
وإني إذ أعترف بهذا البعد الذى لم ترد مناقشته فى البحث  
بطريق مباشر ( وإن كان الباحث قد أشار أنه بتطور  
المجموعة لم يعد العلاج إلا عضواً فيها ) أقول إنى إذ أعترف



بهذا البعد أقرر من وجهة نظري أنه موجود عند كل معالج  
رضى لم أم لم يرضَ ، وعى به أم لم يبع ، فالعقد في العلاج  
النفسي بوجه عام والعلاج الجمعي بوجه خاص هو دائما أبداً  
عقدان :

— . العقد الأول : عقد ما بين طبيب (أو معالج) —  
طرف أول — ومريض — طرف ثان — : الأول يرتزق  
ويعتمد مهنة إنسانية ( بالمرّة ) ، والثاني يشكو من أعراض  
مرضية أدت إلى أن يذهب إلى الأول ويريد أن يتخفف  
منها ..

أما العقد الثاني : فهو العقد الأعق غير المعلن بين  
إنسان وإنسان : الطرف الأول (المعالج) يعيش مرحلة  
وجود ناجحة نسبياً وبالتالي فله تصور لأبعادها ، وسلوكه  
إنما يمثلها ويبررها حتى ولو ضعفت درجت وعيه بها ،  
والطرف الثاني (المريض) يبحث عن مثل هذا التصور ،

فينتقى من المعالجين من هو أقرب إلى تصوره ليحقق ما  
مرحلة مشتركة بصورة ما .

هذا ، ولا يوجد فصل حاد بين العقد الأول والعقد الثاني ،  
لأن العقد الأول هو الديباجة التمهيدية للعقد الثاني ، ولأن  
الثاني هو الوسيلة الفعلية لتحقيق أهداف العقد الأول (زوال  
الأعراض .. والاستزاق) .

ولابد أن أعترف أنى سمعت هذا التفسير لطبيعة العلاقة  
بين المريض والطبيب في موقف العلاج النفسى أول ما سمعته  
عن أستاذنا المرحوم الدكتور يوسف حلى جنيينة حيث كان  
يقول ما معناه « إن الطبيب (المعالج) النفسى ينتقى من مرضاه  
من يماثلونه ، ليرى نفسه فيهم بالساعات الطوال ويبرر وجوده  
من خلالهم » .

وقد رفضت هذا القول الذى قيل مجوماً على العلاج  
النفسى سنين طويلة ، ولكنى فى النهاية وصلت إلى نفس

النتيجة مع تحوير بسيط في العبارة الأخيرة إذ لا بد أن تتعدل  
— في بعض الأحيان — من « ... ويبرر وجوده من خلالهم »  
إلى « ... ليبحثوا سويًا عن معنى ذلك ، وعن الطريق  
إلى إمكان تغييره إن لزم الأمر » وقد قلت « في بعض  
الأحيان » لأنى ما زلت أتصور أن كثيراً من العلاجات  
يصدق عليه كلام أستاذنا الدكتور جنيّة ، وآمل  
— متحيزاً — أن هذا النوع قيد البحث يصدق عليه التحوير  
الذى اقترحته .

وأختم هذه النقطة التى ينبغى أن تتضح عند كل ممارس  
للعلاج النفسى ، وكل باحث فيه بأنه « إذا كان الأمر كذلك -  
وهو عندى كذلك ، فإن درجة الوعى التى يتم فيها هذان  
الاتفاقان ضرورة لازمة لتأمين السار ، والتقليل من المضاعفات ،  
وتأكيد الاختيار » .

فإذا كانت هذه هى العلاقة بين مادى البحث الأساسيتين

(المرضى والمعالج) فإن موقف الباحث يزداد صعوبة فوق الصعوبات القائمة فعلا، لأن المعالج هنا هو المشرف على الباحث أيضاً، وهو أستاذ له، ثم هناك علاقتهما العاطفية التي أجعلت الباحث يشكره في مقدمة بحثه باعتباره والده الروحي (١)، ولنا أن نتصور كيف يقوم باحث بعمل بحث مادته (أو ضمن مادته)، والده الروحي.. ليهيئ عن ضيقه واحتياجه وخطئه والتوائه... الخ.، وقد ناقشت هذه النقطة سابقا في عجالة ولكني أعود إليها هنا بتفصيل لازم :

فقد كنا أمام ثلاث اختيارات : إما أن يقوم بالبحث

أحد تلاميذ صاحب المدرسة الفاشنة الداعية لفكرة «الطب

النفسي التطوري» والمسهمة في تطبيق هذه الدعوة في المجالات المتعلقة بهذا الفرع ومن بينها مجال العلاج النفسي، وإما أن يقوم بهذا البحث أحد المنشقين عنها لأن عنده فرصة أصح ومشاركة أطول لمعرفة عيوبها وثقافتها، وبالتالي فإن موقف المعارض منها هو موقف يقظ واع يتيح له أن يحدد

معليها أكثر مما يحدد مالها، وأخيراً فالاحتمال الثالث أن يقوم بهذا البحث « آخر » ليس إلى هؤلاء ولا إلى هؤلاء مما يمكن أن يطلق عليه — افتراضاً — باحث موضوعي .

أما الافتراض الأول — وهو الذي تم فعلاً — فهو يضعنا في موضع خاص إذ هو أقرب إلى « عرض » ما يجرى من وجهة نظر مشتركة تقريباً (مشتركة بين الباحث والمعالج) ، وإلا ما انضووا سوياً تحت لواء هذه المدرسة وهذا العلاج ، وبهذا الإعلان يصبح العرض أميناً لو أسميناه « صورة من الداخل » .

أما الاحتمال الثاني — فسوف يفتحنا صورة دفاعية كذلك ، فهو لاشك خليط بين موضوعية محتملة — حسب درجة تطور الباحث نفسه وأمانته مع وجوده — وبين تمييز مضاد أكيد — هو في الأغلب مبرر انشقاقه عن المدرسة ، وهذا الخليط هو ذاته نفس نتاج الاحتمال الأول وإن كان التمييز في اتجاه مضاد .

أما الاحتمال الثالث — نخبرتى ومشاهدتى وإطلاعى على

الأبحاث التى يزعم أصحابها الموضوعية، ثم طبيعة مثل هذا العلاج ومحتواه، كل ذلك يجعلنى أجزم أن مثل هذا الباحث المحابذا ابتداءً سرعان ما سيندرج — خلال دفاعاته الخاصة تحت أحد الاحتمالين السابقين بدرجة أو أخرى، لأنه فى مواجهة هذا النوع من التفاعل لا بد وأن يدافع أى باحث مناصر عن نوع وجوده ابتداءً، وإذا كنا قد أشرنا إلى أن الباحث قد هرب من هذا المأزق — مؤقتاً — بأن أعلن أن بحثه يقع تحت بحث « العمليات » لا « تقييم النتائج » فإننا لا نستطيع أن ننفى أنه فى نهاية الأمر، لا بد وأن يرتبط شرح العمليات بتقييم النتائج، أو بتعبير آخر إن أبحاث النتائج ما هى إلا نتائج « العمليات الجارية » وليست شيئاً آخر .

ونخلص من هذه المواجهة الضرورية إلى إعلان واقع هذا البحث وهو أننا أمام « عرض وجهة نظر باحث تلميذ

في ما يفعله معالج هو استأذله .. لا أكثر ولا أقل ، ، وهذا الإعلان إنما يعيد وضع الأمر في نصابه ولا يتقص حق التلميذ الباحث في أن يقول رأيه في حدود المستطاع ..  
أما موقفي الآن كقدم لهذا البحث فهو أن أضيف للباحث وجهة نظري في كوني مادة البحث :

أولاً : أنه لا بد من اعتبار المعالج ضمن مادة البحث وإلا فسوف يقوم البحث على بعد واحد ، وقد وقع في هذا الخطأ كثير من كتب عن أنواع العلاج النفسي ، فشخصية الباحث كمادة بحث هي التي تفسر لنا نوع اختياره لمرضاه ، ولجنسهم ، وجنسهم ( واختيارهم به كذلك ) ثم محتوى العلاج ثم هدفه ، وبدرجة هائلة : نتائجها ، بل وفي النهاية فلسفته في الحياة ومحتوى نظريته ، ولتراجع سويماً في هدوء — ولو مصطنع — نوع حالات المسترعى والحواجز التي عالجها فرويده ، ولتراجع اختيار بونج لمرضاه ممن هم في وسط العمر ، ثم ويلهم رايخ وزبائنه ومن بينهم فردريك بيرلز مؤسس مدرسة

الجشقات . . . واختيار أدل لتوجيه بعض نشاطه للأطفال ،  
ثم نعيد النظر في شخصية كل معالج لنرى كيف تحدد شخصيته  
اختياره وفكره النظرى ونتأمله جميعا .

ولست هنا بصدد تحديد وجهة نظرى من هذه المقولة  
الخطيرة تفصيلا : من أنا ؟ ولماذا ؟ ولكنى أوافق على أنى  
« شخصيا » . . و « تماما » ينطبق على ما زعمته فى الفقرة  
السابقة . . ، ولكنى أحذر من التماذى فى هذه « الشخصية »  
للنظريات العلمية وإلا وقعنا فيما وقع فيه أساتذنا المرحوم  
الدكتور صبرى جرجس حين عزى كل فكر فرويد إلى  
ميله الصهيونية الخفية . . .

ثانياً : أن العلاج النفسى إنما يحدث تغييراً فى المريض من  
خلال التفاعل بين اثنين ، لأننا لا يمكن أن نتكلم عن تفاعل  
يقوم به متفاعل واحد وإلا كان فعلا لا تفاعلا ، والمعالج هو  
الطرف الثانى فى التفاعل ولا بد أن نعترف أنه معرض للتغير  
هو ذاته بل ربما هو ملتزم بالتغير إن كان التفاعل صادقا فعلا ،



وفي رأي أن كل العلاجات التي تدعى أن المـعالج « محايد » أو غير متداخل في التفاعل ، إنما تعلن ضمناً أن تدخله أخفى وأخطر ، لأن موقف الحياد مستحيل ، فإذا كان ممكناً فهو يعلن بشكل ما توقف النمو من الجانبين ، لأن المـعالج ثابت مدافع عن ميكانزماته بانسحابه تحت عنوان عدم التداخل ، وبالتالي فلا بد أن يتوقف المريض أو المرضى تحت نفس العنوان وهذا يحقق غرضه الخفي ، فما دام المرضى لن يتغيروا فهو آمن من التغير ، ومثل هذه المجموعات — التي تجتمع تحت عنوان العلاج الجمعي أيضاً — تؤكد بطريقة ما — أن هذا « التـلـتـغـير » هو هو التغير المنشود ، وبالتالي فهي تؤدي وظيفة نافعة إذ تزج عن كاهل المترددين الزعم بضرورة التغير وحمية الصيرورة ..

ولكن لا بد من الاعتراف أن إعلان المـعالج لنوعية تميزه ، وطبيعة التزامه وحقيقة مخاوفه وأبعاد احتياجه .. هو السبيل إلى الاقلال من « الاتفاقيات السرية » بين المـعالج والمتردد ، وإتاحة الفرصة للتقليل من مخاطر التأخير

الغنى الذى يمتحنى وراء إدعاء الحياء، وكأنى أعلن هنا ضمناً أنه لاهياء فى العلاج النفسى — وأذكر القارئ بأن العلاج النفسى « المتمركز حول الزبون » Client Centered Psychotherapy والذى ابتدعه روجرز، والذى سمي أيضاً العلاج غير الموجه Nondirective Psychotherapy قد أعلن روجرز شخصياً — مؤخراً — أنه لا يعرف من أطلق عليه لفظ غير موجه ، واعتذر لفريك فى مقابلة خاصة ( فى كتاب عن مقابلات فريك مع الانسانيين فى علم النفس « مازلو وميرفى وروجرز » ) أنه لو كان هو الذى أطلق عليه هذا الأسم فهو آسف وتراجع لأنه لا يوجد علاج غير موجه .. وإلا لما كان نعمة علاج ..

فالوقوف إذا كالتالى: إما موقف من المعالج معلن وقابل للتغيير والتفاعل والمواجهة ، وإما موقف سرى شديد التأثير  
والتأورة بعيد عن متناول النقاش والجدل الحيوى ، وأخطر

المواقف السرية هو ما كان سريا على صاحبه ذاته . . . وتقابل تأثير هذه السرية الخفية أكثر ما تقابلها عدد أشد المعالجين حماساً للحياة . .

فإذا انتقلنا إلى العلاج كأداة لهذا البحث فإننا نقابل تعليق الباحث في أكثر من موقع بأن العلاج كان يكشف نفسه ، ويعلن احتياجه ، ويدافع عن حقه في الضعف .. الخ وقد اعتبر الباحث هذا دليلاً على تطور المجموعة من جهة ودليلاً كذلك على نمو العلاج من جهة أخرى ، ولكن على أن أثير من جانبي هنا عدة نقاط إضافية :

١ - إن إعلان العلاج لموقفه لا يعني بالضرورة أن هذا هو موقفه ، بل قد يعني محاولة علاجية تحددها مسئولية ، والتزامه في وقت محدد تجاه فرد محدد في مرحلة بذاتها من تطوره ، على أنى أتصور أن هذا التكنيك العلاجي لم يكن ليخفى على عديد من أفراد المجموعة ، وأعتقد شخصياً أن مرحلة المجموعة قد تخطت مثل هذا الموقف الحر في الصرف .

٢ — إن إعلان المعالج لموقف ما ، قد يخفى عن المعالج نفسه أن هذا ليس موقفه ( راجع موقف إعلان الحياد .. وقارنه باحتمال الشبه بينه وبين موقف إعلان التمرد هنا ) .

٣ — إن إعلان للمعالج لموقف ما قد يكون مناورة من نوع التمويه ذى الدرجتين Double bluffing ، فتدعيان المعالج أنه يتدخل في حرية الآخرين ، وأنه من واقع مسؤوليته ملزم بإعلان أنه يعالجهم لسد احتياجه ليس إلا ، فيبدو بذلك وكأنه أمين وموضوعي . ولكن هذا الاعلان في ذاته — بما يحمل من مظاهر الأمانة والموضوعية — قد يثير في الأعضاء احتمال أن هذا ليس صحيحاً وأنهم أحرار حقيقة في اختيار طريقهم دون تأثير غير مباشر من المعالج ، وأن المعالج بإعلانه هذا قد كشف ورقه ، والباقي مسؤولية المترددين ، وقد تحمل هذه الاستجابة في ذاتها خدعة أعمق لأنها تفرى المترددين والمرضى بإلقاء أسلحة حذرهم في حين أن الأمر يسير في نفس الاتجاه الذي حذر منه ، أو بالباطل أخرى

« إن كشف ورق المعالج إذ يؤكده تدخله قد يسهله لأنه لا يثير  
الحذر الواجب ضد ذلك »

ولم يكن الباحث — على قدر تصورى فى موقف يسمح  
له بأن يصل إلى الشك فى نوايا المعالج لهذه الدرجة ، ربما لتعداد  
العلاقات المتشابكة بينهما ، إلا أنى وضعت هذا الأمر بوضوح  
لمراحل تالية من البحث ، وحتى لا يكون الحساس الخادع هو  
نهاية تصور الحقيقة .. ، فإذا كان لى أن أعترف فأنا لا أعرف  
عن نفسى أكثر مما ذكره الباحث وإن كنت لا أستبعد  
هذه الدرجات الأخرى من التمويه ، وهو أمر بعيد عن إدراكى  
حالياً أتركه لاختبار الزمن .. أو لباحث أكثر تشككاً  
وربما أشجع .. وربما أكثر دفاعاً وتخوفاً .. الخ ولكنى  
أخشى فى نفس الوقت أننا لو فتحنا باب التشكيك إلى التمويه  
المزدوج ثم الثلاثى ثم الرابعى .. أن نصل فى النهاية إلى موقف  
« الشك المطلق » وليس فقط « الشك المنهجي » حتى نستعمل  
لغة ديكرت وكأن الحقيقة الوحيدة فى كل هذه القضية هى أن

الباحث يشك ، أما نتاج ما يشك فيه وحقيقته الموضوعية فهي ليست في متناوله شخصياً ( ولا في متناول أحد بالتالي ) .

إلى هذا الحد قد يصل بنا التسلسل الطبيعي إلى الاعتراف بالعجز النسبي أو المطلق عن الموضوعية . . . ولكن دون التسليم اليائس بعدم إمكان تحديد حقيقة ما يجري خارج عقولنا ، لأن كل ذلك سيتوقف في النهاية على من هو « الباحث » الذي يشك ، الأمر الذي دعاني إلى أن أضمه هو ذاته كمادة للبحث ( وهي الفقرة التالية مباشرة ) .

### ٣ — الباحث :

تعودنا في التفكير العلمي السائد في مجال علمنا هذا ألا ندرج الباحث تحت موضوع « مادة البحث » إلا إذا استخدمنا مقولة الاستبصار Introspection كوسيلة للبحث حيث يكون فيها للملاحظ ذاته الفاعلة تحت الملاحظة ولكن هنا أدرج الباحث تحت مادة البحث من باب آخر وهو أن الباحث في موقفنا هذا

يصدر في النهاية أحكاماً نابعة من إدراك التجربات الظواهر، سواء كانت أحكاماً بالنسبة للعينه التي انتقاها ليقيمها من خلالها وجهة نظره ويدعمها ، أم طريقة سلسلته للأمر ، أم تقيمه لما يجري أم تفسيره لكل ذلك .. فهذه الخطوات كلها تشمل أحكاماً .. فهي ليست إطلاقاً مجرد تسجيل ملاحظات والربط بينها ، وهو بمجرد أن يصدر هذا الحكم المتلقى ( القارئ أو الطالب أو الباحث الزميل أو المقيم للبحث ) فإنه يصبح بذلك مادة في بحثه ونتيجة في نفس الوقت ... ومن حق كل هؤلاء أن يقيموه هو ذاته من خلال ما يقدمه .. وكأن بهذا أضيف صعوبة جديدة في موقفنا البحثي هذا وهي أن البحث برمته منذ انتقاء الموضوع إلى انتقاء الطريقة إلى انتقاء عينه للمعلومات إلى طريقة عرض النتائج إلى تفسيرها .. كل ذلك هو في مقام مادة البحث التي ينبغي وضعها في الاعتبار ونحن تناول البحث .. وإلا فنحن معرضون لخداع مضلل ... وما دام الباحث أصبح « أداة البحث » و « مادته » معاً فإن

تناول هذا « المتغير » بدقة وتمحيص : بما له من صفات الأمانة العلمية وسعة الأفق ، وما عليه من دفاعات ومخاوف داخلية ، يعطى للبحث مكانه الدقيق في الكشف عن جوانب ما يبحث ، إذ لا يمكن أن نكون موضوعيين بحال إذا أهملنا موقف الباحث من الحياة ، ومدى رؤيته ، وطبيعة علاقته بالوجود وبذاته .. بما في ذلك فلسفته وموقفه من الدين والسياسة والزوجة والأولاد... لأن كل ذلك يحدد بطريقة أو بأخرى اتجاهاته من البحث من هذا النوع ، وقد تكون النتيجة الهامة التي يخرج منها قارئ لمثل هذا البحث أن هذا الباحث عاجز عن الرؤية الشاملة ، أو أنه ظالم خائف ، أو أنه عادل شجاع إلى آخر هذه الاحتمالات المتنوعة ...

وهذا يرجعنا أيضا إلى ضرورة إعداد باحثين لم كفاءة خاصة ، وصفات خاصة ( راجع الجزء الثاني من هذا السكتيب : الأداة البشرية ) وإلا فنحن أمام باحثين من



« المریدین » أو باحثین من « المدافعين الخائفین » لا أكثر ولا أقل ..

وكل هذه الإعتبارات تنبهنا ثانية إلى أنه مادام الباحث « إنسانا » فى مجال « علم انسانى » فلا سبيل إلا بالمغامرة ، ولا أمان إلا بالخطر ، وحتى إذا تصورنا أننا أمام عقل إلكترونى محكم .. وأننا سوف نترك له الحكم النهائى بحساباته الآليه .. فإننا سنواجه بالتساؤل العملى « من الذى سيفضى هذا العقل بالمعلومات ؟ أليس إنسانا له موقفه ومميزاته ... » الخ



وبتنوع مادة البحث من المرضى والمترددین إلى المعالج إلى الباحث ذاته نجد أنفسنا مرة أخرى - وأخيرة - فى موقف يكشف مرحلة صعبة مرة بها للتفكير العلمى ردحا من الزمن ، وأعتقد أنه لم يجعل غرضها وتشابكها ، فإذا به

ينتهي في كثير من الأفكار المروضة كبدائل عن هذه الصعوبة إلى حلول شائبة وخطيرة ، لا أجد مناصا من التلميح إليها :

١ — فقد لجأ فريق إلى الاكتفاء بقياس « جزئيات السلوك » ونسوا أفتاء ذلك أن انتقاء قياس هذا الجزء من السلوك دون ذاك ، وانتقاء هذه الأداة للقياس دون تلك ، إلى آخر عمليات الانتقاء والتخطيط ، هي جميعاً من ضمن موقف ذاتي قد يكون هروبا من مواجهة مشاكل كلية أعمق مثلاً طرحنا سابقاً ، وقد وضعنا هذا الاتجاه في مأزق تشويه الانسان بتجزئته دون غائية أو عمق شامل ، وإن كنت لا أنكر أن اتفاق معرفة الجزء هو سبيل لازم لتجميع معالم الكل في أحيان كثيرة .

٢ — أما الفريق الآخر فقد لجأ إلى رفض البحث العلمي — في مجال الإنسانية — بصورته هذه تاركا الأمر إلى

الانطباع والتأمل الشخصى من خلال التجربة التلقائية وإصدار الأحكام على مسئولية مصدرها ، حتى كادت المسألة أن تصبح — فى تقدير هذا الفريق — أقرب إلى التفكير الفلسفى من موقع التعامل بعد الاستيعاب ، وقد هوجم هذا الفريق واتهم أنه يرجع بالعلم إلى ما أسموه « البحث على مقعد وثير » ، أى بعيداً عن الممارسة العملية والتجارب وإعادةتها إلى آخر هذه القصة . . ، وفى رأى أن هذا الفريق قد أضاف إلى علمنا قدرأ من التنوير لا يقل عن الفريق الأول . . بل لعله يزيد ، وأن اتهامه « بالبحث على مقعد وثير » هو اتهام من لم يعرف معاناة التفكير الخلاق وهو يبحث عن جديد . . لا يلتزم فيه إلا بصدق ذاتى يحاول أن يقربه من الصدق الموضوعى ، فالمقعد فى رأى ليس وثيراً بل هى معاناة متصلة ، يرجع الحكم فيها إلى ضمير يقظ قادر على رفض كل مسألة مسبوقة . . على مسئوليته ( أى دون أن يحسن ) .

٣ — أما الفريق الأخير فقد اكتفى « بالخبرة الفنية »  
ورفض البحث في الجزئيات بزعم أنه تشويه للحقائق الكلية ،  
ثم خاف من إصدار الأحكام الانطباعية ، حتى أصبحت  
المسألة — في تقدير هذا الفريق — نوعاً من سر المهنة ، ينتقل  
من معلم إلى صبي بالمحاكاة فالتقمص فالتعاطف فالتفجر من  
الداخل ، وسار التعليم في هذا السبيل بكل الوسائل المعروفة  
في أى حرفة من الحرف . وكانت الدلائل تشير إلى أن الأمور  
تسير في اتجاه سليم نافع . . هو استمرار نجاح الحرفة في أداء  
المطلوب منها ، ورغم أن هذا هو الطريق العملى السائد وقد  
أغلب الممارسين حيث تعبير كل مقابلة للمريض نوع من البحث  
العلمى ، وكل نتيجة للعلاج تقييم لهذا البحث ، وكل خبرة من  
أستاذ لطالب هى إعطاء سر المهنة ، إلا أن هذا السبيل يضمننا  
في مازق حقيقى لأنه يبتعد بنا عن معنى العلم الحق ، ويعرض  
المهنة بالتالى للانقراض ، لأنه إذا لم تنقل الخبرة « العلمية »  
إلى دوائر أوسع فأوسع ، وتدون في شكل أمبت وأبى ،

فإنها قد تصبح حكراً على فئة محدودة معرضه للانقراض أو للتشويه السرى تحت ستار سر المهنة ، والتاريخ ينبئنا بمثل هذه المضاعفات ( التشوه أو الانقراض .. ) فى كثير من المهن القديمة كالكهانة ، وبعض الحرف الفنية اليدوية ( الخرفية والنجاسية الخ .. ) وبعض الحرف المزاجية ( حرفة « الخرمنجى » .. الخ )

### وبعد

وهكذا نجد أنفسنا فى هذا البحث وقد التزمنا بشق طريقنا الصعب « بما يمكن » دون استسهال يلبس ثوب الموضوعية ، أو تنظير هو أقرب إلى التفلسف ( لا الفاسفة ) أو صمت يلبس ثوب الحرفية ويكتم سر المهنة ..

ولعل تقييى الأول لما منحنا هذا البحث هو الطمأنينة إلى أنه بإمكاننا أن نخترق كل هذه الصعوبات برغم شدتها ، إذ أن تسجيل الملاحظات بهذه الدقة والشجاعة — مهما

كانت انتقائية — ثم عرض الآراء صريحة دون شعور بالنقص أو اختباء وراء الأرقام ، ثم الحساس الظاهر لهذه الآراء دون تردد . . . ثم التفسير ووجهة النظر الشخصية في جلاء محدد . . كل ذلك هو خطوة لازمة على مسيرة البحث العلمى ، وهى خليفة أن تثير حواراً ؛ على الجميع أن يواجهوه بشجاعة ، ثم يأتى الزمن يحكم بين الجميع على مراحل متتالية ، إذ يصدر حكمه على المدى القصير بمقياس انتشار الفكر وفائدته العاجلة ، ثم على المدى الأبعد بمقياس استمرار الفكر وتمحيده ، ثم على المدى المطلق بمقياس الاسهام فى مسيرة التطور للنوع كله . وحكم الزمن هو الفاصل النهائى فى كل مبحث يتجرأ ليعلم أن رأى زاوية من زوايا الحقيقة .

وأعتذر فى النهاية إذا أطلت حتى انتهيت إلى هذه النهاية المزهجة والمسئولة فى نفس الوقت ، ذلك لأنى من أشد الناس إشفاقاً على إضاعة وقت الباحثين — وخاصة الشباب منهم — فى توم موضوعية لا وجود لها إلا بقدر الاعتراف بمعجز

الباحث ومحاولته هو نفسه التطور للاقتراب من الموضوعية في كل مناحي حياته ، وكذلك فإن من أشد الناس حرصاً على تذكير كافة الباحثين في مجالنا هذا بضرورة التـجـيـل وإبداء الراى دون مخاوف أو تردد أو تـلـكـؤ . .

خامساً : معالم « طريقة العلاج »

### موضوع البحث

لما كان الباحث قد حملنى مسئولية هذه الطريقة التى قام بالبحث فيها ، فإنى انتهز الفرصة فى هذا التقديم المطول لأحدد معالمها فى خطوط عريضة ، تتفق مع ما جاء فى البحث حيناً ، وتختلف معه حيناً آخر . . فأقول :

١ — مرة ثانية : إن العلاج النفسى هو جوهر الطب النفسى ، وهو المميز الحقيقى لممارسته ، وإن العلاقة بين إنسان وإنسان بهدف تغيير سلوك مضطرب ، أو معطل ، أو طفيل . أو مغترب ( أو على الأقل إختائه ) هو لب العلاج النفسى .

٣ — إن العلاج الجمعى بصفة عامة هو صورة نشطة ومتطورة من العلاج النفسى ( بالتعريف السابق ) .

٣ — أن تغيير السلوك ، أثناء العلاج النفسى أو بدونه ، من خلال علاقة إنسان بإنسان ليس دائماً ، إلى أحسن ، وأن اختفاء الأعراض هدف مطلوب دائماً ، وإن كان خطيراً أحياناً ، لأن الاختفاء قد يتم على حساب نمو الشخصية أو على حساب التفاعل الوجدانى الأعمق أو على حساب شخص آخر ( فى تفاعل وجدانى عميق مع صاحب الأعراض ) .

٤ — إذا ، فإن اختفاء الأعراض لا يصف نوعاً معيناً من العلاج لأنه يتم بطرق مختلفة من العلاج ( من بينها العلاجات العضوية ) وحتى بغير علاج . .

٥ — إن الطريقة التى تختفى بها الأعراض ، والهدف من اختفائها ، ومسيرة الفرد بعد اختفائها هى التى تحدد نوع هذا العلاج من ذاك .



٦ - وعلى ذلك يمكن تحديد نوع هذا العلاج وطبيعته من خلال تفسير هذه الفقرة الأخيرة بالنسبة لما يجرى فيه ، ومحاولة تفسير ذلك وتحديد غايته .. هي بفيقتنا هنا

٧ - أن هذا التحديد والتفسير لابد أن يشمل ابتداء موقف المعالج نفسه ، وتكوينه الشخصي ، ومرحلة تطوره ، واحتياجه لممارسة هذا النوع أو ذاك من العلاج ، وسبب إصراره على المشاركة في مسيرة النمو دون الاكتفاء باختفاء الأعراض (أو العكس) ، وهذا التكوين الشخصي — كما سبق أن أُلحِت — هو الذى يحدد انتقاء الطريقة وتطورها وانتقاء نوع الرضى ، واستجابة الرضى لهذا الانتقاء واستمراره معه .

والكل معالج أن يختار الطريقة التى تشد رؤيته ، أو تعميه عن موقفه ، هذا حق إنسانى صرف ليس لأحد أن يحرمه منه إلا بقدر حفظه من ضريبة التنوير العام التى تناسبه

مع مرحلة نمو مجتمعه عامة ، لأنه من البديهي أن كل فرد — وكل معالج بالتالي — في لحظة ما من مسار تطوره لا يستطيع غير ذلك ، وبالتالي فإنه يحدد طريقة العلاج والهدف منه على قدر الجرعة التي يتصور أنه يتحملها ، وإلا فمن ذا يلقظه إذا تعرض لجرعة فوق طاقته وهو معجز مسئولية علاج آخرين ؟ .

وكأنى بكل هذا أقرر أن العلاج النفسي عامة ، والعلاج الجمعي خاصة تختلف طرقه بعدد اختلاف الأفراد الذين يمارسونه ، وأن انتقال معالج ما من مرحلة إلى مرحلة : مثلا من العلاج الفردي إلى الجمعي : ( مثل روجرز الذي أعلن أنه لم يعد يستطيع أن يمارس العلاج الفردي ثانية ، وقد أصبحت أنا كذلك منذ عامين ، ثم بيرلز الذي أعلن أنه حتى العلاج الجمعي كاد يصبح بعيدا عن متناوله . . . الخ ) أو حتى التغير في النوع ذاته مثل الانتقال من نوع علاج

« الفرد في المجموعة » ، إلى نوع « علاج المجموعة ككل » أو العكس . . . ، كل ذلك إنما يدل على تطور للعلاج ذاته ، أو تراجعه ، حسب مرحلة نموه أو درجة خوفه .

ومن خلال كل ذلك نستطيع أن نخلص إلى نتيجة بسيطة ومنبهة للغاية ، وهي « أن كل أنواع العلاج القائمة بميورها ومزاياها مطلوبة لأن المرضى يختلفون » ، وبالتالي فينبغي أن يكون هناك من يقابل احتياجاتهم من العلاجات المختلفين بنفس قدر اختلاف المرضى » ، والتلاقى بين هذا الطبيب ( أو العلاج ) وبين ذلك المريض واستمرارهما معا هو تحديد ضمنى لمرحلة تطورهما معا ، وتلاقى مجموعة بالتالي واستمرارها مع معالج بذاته هو تحديد أيضاً لمرحلة هذه المجموعة [ ويمكن تعميم ذلك على المجتمع الأوسع بصورة مجملة بالنسبة للقائد والشعب مثلاً : كيفما تكونوا بولى عليكم ] .

ومن خلال هذه المقدمة أستطيع أن أقرر معالم هذا  
العلاج خاصة كالتالى مباشرة :

١ — أن هذا العلاج يتفق مع احتياجاتى فى هذه المرحلة  
من الرؤية والتطور ، وأنى لم أعد أستطيع أن أمارس العلاج  
الفردى إذا أردت الحفاظ على أمانتى من نفسى .

٢ — أنه فيما عدا فترات محدودة أوضحها الباحث فى حالة  
« علي » ( المتواجد فى المستشفى أثناء حضوره المجموعة ) فإن  
الحضور إلى هذا العلاج يتم باختيار كامل ، وبالعالى  
بمسئولية كاملة .

٣ — أن الأسلوب الجارى فى هذا العلاج هو أسلوب  
تلقائى أساساً ، وأنى لا ألزم فيه بقواعد محددة ، وأن تلك  
القواعد التى سجلها الباحث هى نتاج التفاعل والخبرة والسلوك  
التلقائى فى الهناء والآن ، المرتبط بشريط الحياة Script

الغائي المحدد في شعورى بدرجة ما . . . والمستقر في لاشعورى .  
بدرجة لا أعرفها بداهة .

٤ — أن هذا السلوك الغائي مرتبط على حد على (ربما  
للأسف) بمقولة بعيدة عن الواقع إلى حد ما وهي «أن الإنسان  
عامة قادر على أن يستمر في النمو ، بحيث يصل إلى مرحلة  
يحتاج فيها إلى قدر ضئيل — أو منعدم — من الدفاعات ،  
وأن هذا وحده هو السبيل لإطلاق قدرات إبداعه وإعطاء  
حياته معنى ولمسيرته هدماً»

٥ — أن التوصيل بين هذه التلقائية الآنية وهذا  
الهدف المطلق هي مهمة هذا العلاج ، وهي مهمة صعبة لدرجة  
تبدو مستحيلة (ربما لأن الوجود الإلهي : أو شبه الإلهي  
هو الوجود الأوحده المنعدم فيه اللاشعور ) ، وبالتالي فإن الفرد  
في الأحوال العادية غير قادر على أن يحاولها — مجرد محاولة —  
وحده .

٦ — أن ظهور الأعراض هو النتيجة المباشرة لمثل هذه المحاولة المجهضة ، أو المعجزة ، أو المرحلة ، ( وهي محاولة كيميائية بيولوجية كيانية في نفس الوقت )

٧ — أن طلب زوال الأعراض هو إعلان طلب العون من آخر ، ( يعرف الحكاية ) ، أو آخرين يحاولون نفس المحاولة .

٨ — أن هذا العلاج الجمعي يحقق هذا الاحتياج المرحلي بتواجد شركاء على نفس الطريق يقومون بنفس المحاولة .

٩ — أنه إذا زاد الاحتياج — والاعتماد على هذا الذي يعرف الحكاية أو يعايشها ، أو على هؤلاء الذين يحاولون نفس المحاولة ، فإن العرض قد يستبدل بالاعتماد على هذا أو ذاك . . . وتحدث خدعة توقف النمو ( وقد ناقش الباحث هذه النقطة بإيضاح مسهب في أكثر من موقع )

١٠- أنه إذا حققت هذه المشاركة هدفها الأصلي  
- تخفيف الألم وكسر الوحدة - دون التوقف عند مرحلة  
الاحتياج والاستبدال ، فإن الفرد قادر بعدها على الاستمرار  
بعد اكتساب ميزتين هامتيجتان طبيعيتان لكل ذلك .

( أ ) الاعتماد على المصادر ائذاتية معظم الوقت : إذ يصبح  
احتياجه للآخرين موقوف ، ومرتبطة بمواقف معينة ،  
ويصبح قادراً عل أن يمارسه دون ارتباط معوق ، لأنه  
في رحلته منه وإليهم ، وبالعكس ، يبدأ من قاعدة ذاتية ثابتة ،  
ويعود إليها دون تخلخل عنيف في رحلة الذهاب والعودة .

( ب ) التقبل النشط : وأعنى به القدرة على ممارسة الحياة  
مع كل الناس دون استثناء بالقدر الذى يضطر إليه في سلوكه  
اليومى الختار ( لاحظ التناقض الظاهرى بين الاضطرار  
والاختيار .. إلا أن عمقه هو نفسه تناقض الواقع المحيط )  
ولكن هذا التقبل نشط بمعنى أنه ليس مجرد فرصة سلبية

أو استعلاء « ودعه يفعل » *Laissez Faire* ولكنه احترام للاختلاف رغم المحاولة المستمرة للتفاعل والالتحام .

١١ — أنه انطلاقاً من هاتين الركيزتين (الاعتماد على

المصادر الذاتية والتقبل النشط ) ، سوف يجد هذا الفرد نفسه ملتزماً — إزاء نفسه أساساً — بقضية هذا الأسلوب في الحياة الذى توصل إليه من خلال العلاج ، وسوف ينجح فى ذلك من خلال نشاطه اليومى العادى كقدوة وكمضو متفاعل بلغة الواقع السائدة .

١٢ — أنه من خلال هذا الموقف الأخير يستطيع أن

يستغنى هذا الفرد — رويدا رويدا — عن احتياجه للدفاعات المشوهة ليحقق الهدف الذى أعلنته سابقاً وهو يحقق فرض « أن الإنسان قادر على أن يستمر فى النمو بحيث يصل إلى درجة لا يحتاج معها إلا إلى أقل القليل من الدفاعات » .



هذا هو التصور النظري الذي يبدأ من احتياجي الشخصي ، وينتهي إلى اتباع أسلوب يهدف إلى أن يكون هذا الاحتياج الشخصي احتياجاً عاماً .. وبالتالي تدكسر وحدتي ويخف ألى ..

ولكن هل يعنى ذلك أن المسألة برمتها مسألة شخصية؟

وهل يعنى ذلك أنى لا بد وأن أفرض تحقيق هذا الاحتياج على من يقع فى طريقى ؟

وهل يعنى ذلك أن المسألة تبتعد رويداً رويداً عن الموقف العام لمهنتى وعلى لتصبح تصوراً خاصاً ومطلباً جانبياً ؟

الحق أقول — على حد على ومسئوليتى — أن الجواب بالنفى ..

ولما يتقرر ذلك من عدمه إذا تتبعنا مراحل العلاج بالتفصيل ، ودرسنا أسلوب التفاعل (وقد قام الباحث بعرض هذا الجزء الأخير عرضاً أميناً ووافياً) ، هذا بالإضافة إلى

أن هذا الاحتياج الشخصى هو جزء لا يتجزأ من تصورى لطبيعة هذا العلم الذى أمارس بعض جوانبه فى مهنتى ، والتصدى للعلاج آخر مرتبط أشد الارتباط .

( أ ) بظهور الأعراض من ناحية ، . وتجميعها عادة فى زملة بذاتها .

( ب ) بنشاط الجهاز العصبى بصفة عامة ، واضطراب تناسق مستوياته بصفة خاصة ..

فالأعراض تظهر حين يعاق هذا التسلسل الذى ذكرته ، وتناسق الجهاز العصبى يختل نتيجة لإجهاض محاولة استمرار المسيرة ...

وبالتالى فإن العلاج هو إطلاق هذا التسلسل وتهيئة الظروف المناسبة لاستكمال المسيرة ...

وهكذا يرتبط الاحتياج الشخصي بالتطور الفطري  
في إطار عضوى يترجم إلى فعل يومية في ممارستى مهنتى...

فإذا انتقلنا إلى الطريقة وخطواتها فانتنا نجد أنه يمكن  
للمريض أن يتوقف عند أى مرحلة يستطيع التوقف فيها  
وقد بين الباحث أيضا هذه النقطة بجلاء وناقشها بإفادة .

وعلى أن أكل ما لم يرد في البحث بالنسبة للمراحل  
التي يمر بها المريض ( أو المتردد ) أثناء رحلة العلاج  
بهذه الطريقة :

١ — تختفى الأعراض بعد فترة — لا تطول عادة — من  
بداية العلاج ، واختفاؤها يكون نتيجة لمودة الدفاعات  
السابقة للعمل ، أو نتيجة لاكتساب دفاعات جديدة أهمها  
المعنونة Intellectualisation والتقدير Idealisation  
للعلاج ، وهو يشمل الاعتماد ، فالمرضى من خلال حركة

المجموعة النشطة وتأثير المعالج سرعان ما يفهم طبيعة الأعراض .. ولكنه مجرد فهم ، ثم هو قد يتحمس للحلول التي يستوحىها من موقف المعالج وإيماءاته ، وهو يبالغ في تعظيم صفاته وقدراته ، وبتزايد الفهم العقلي دون عمق الاستيعاب الوجداني ، وبتزايد تصوير المعالج بالقائد أو الساحر ، أو صاحب الطريقة ... تتلاشى الأعراض في هذه المرحلة .

٢ — تستمر هذه الفترة لمدة تطول أم تقصر حسب كل حالة ، وتتوقف هذه المدة على تكوين الشخصية ، ونوع التشخيص ، وموقف علاقات المريض بالآخرين من المحيطين خارج المجموعة ..

٣ — قد ينقطع المريض عن العلاج في هذه المرحلة ، ويعتبر قد شفى بالمقاييس العادية .

٤ — إذا استمر المريض في الحضور بالرغم من اختفاء الأعراض فإن هذين الدفاعين (العقلنة والتفديس) لا يعودان يشبعانه ، فيبدأ الرفض الداخلي لما يعلن طبيعتهما المؤقتة ، كما يبدأ ضغط المجموعة يكشف هذه الخيل الهروبية ( وقد لوحظ هذا الضغط في هذا الاتجاه مراراً فيما قدمه الباحث ) ، فإذا أضيف إلى هذا وذاك قرار المعالج برفض استمرار هذا النوع من التحسن ( ويتوقف ذلك على حساباته وتوقيته ومسئوليته ) ، فإن المريض لا بد سيواجه بمرحلة جديدة نشطة ومتعدية .

٥ — تبدأ مرحلة الهجوم على المعالج ، ويظهر هذا الهجوم في أشكال مختلفة ظهرت أغلبها فيما عرضه الباحث ، وأهم صورها :

( أ ) الهجوم اللفظي المباشر بالسباب أو الاحتجاج أو انقاطمة .

(ب) الاتهام بأنه « صاحب طريقة » أو « ديكتاتور »  
أو « مجنون » أو « مثالي » ... الخ .

(ج) الهجوم الجسدى بالتفاعل الجسدى معه .

(د) الهجوم بالتشويش وبإعاقة المجموعة ، أو الاحتكار ،  
أو التسخيف .

٦ — قد يتخذ المريض هذا الهجوم مبرراً لانقطاعه ،  
ولكنه انقطاع من نوع آخر غير ما ذكر فى رقم ( ٣ ) ،  
فالأول انقطاع « الهارب الشاكر » أما هنا فانقطاع « المحتجج  
النائر » ، وفى خبرتى فإن هذا الانقطاع الأخير أفضل ،  
والمريض فيه أقل عرضة لعودة الأعراض بنفس سرعة  
عودتها فى الحال الأولى ، ورغم أنه يدمغ المجموعة والمعالج  
ويعنفها بأنها مؤذية وضارة وتكون إجابته سلبية فى أغلب  
أبحاث الاستبـارات المنقطعين إلا أن فائدها أعظم ،  
أما الأول فقد يجيب بحماس عن الفوائد التى عادت عليه ،

في حين أنه لم يستفد كثيراً أو طويلاً ... [ لاحظ المناقشة  
في أول المقدمة حول قيمة هذه الاستجابات وحققتها ]

وأضيف أن انقطاع « الثائر المحتج » يبدو فيه المريض  
أكثر دفاعاً وأقل رؤية ، ولكنني لاحظت بالمتابعة المتأنية  
أنه بعد حوالي عام ( في المتوسط ) يبدأ في استيعاب خبرته  
أيام المجموعة .. ويستمر تدريجياً وبوعى جزئى في تقدمه  
نحو الأحسن .. أكثر من زميله « الهارب الشاكر »

٧ — قد يمر المريض بهذه المرحلة دون إعلان العدوان  
الصريح وإن كان المحتمل أنه يمر بيمض هذه المراحل ويصل  
إلى مثل هذا القرار وحده دون إعلان .

وقد يتخذ العدوان أشكالاً سلبية أخرى منها :

( أ ) التوقف عن ممارسة الحياة الخارجية بأي درجة  
من الفاعلية ، مثل التوقف عن الدراسة أو الذهاب للعمل ..  
وإعلان القشل ( رغم اختفاء الأعراض الأخرى ) .

(ب) التهديد بطلاق الزوجة أو ترك الزوج أو هجر البيت .

(ج) مضاعفة الاعتماد على المعالج والإفراط في تبعيته ..

وكما يبدو فإن كل هذه الأساليب هي عبارة عن توجيه اللوم للمعالج ضمناً بمعنى « ما دمت صاحب هذه الطريقة ، وقد خدعتني وأغريتني باتباعها ، فهناك مضاعفاتنا ، وعليك وحدك أن تتحمل نتائجها .. وهأنذا ضحيتك المشوهة » .

وينتجى هذا العدوان الصامت ، أو العدوان السلبي ، باحتمال انسحاب العضو من المجموعة أيضاً ، وبعد انقطاعه تختفي هذه الاحتياجات السلبية مع اختفاء الأعراض السابقة ويعود إلى حياته وزوجته ويعتبر هذا الانقطاع أقل ضماناً من سابقه أو يمكن تسميته « المنسحب الراض » وهو يختلف عن « الهارب الشاكر » من ناحية وعن « المحتج النائر » من ناحية أخرى ، على أن استمرار جدوى هذا النوع من



الانسحاب (النسحب الراض) ومدى فاعليته في اختفاء الأعراض، وفي استيعاب الخبرات التي استفادها المريض من المجموعة فيما بعد، هو أقل مما ذكرنا بالنسبة للمحتاج التأثر، ويكون هذا الانسحاب أكثر تهديداً للمجموعة وإعلاناً للرفض حين يكون حضور هذا الفرد مرتبطاً بحضور فرد آخر (مثل انسحاب الزوجه رغم استمرار حضور زوجها) ويشمل هذا الانسحاب بالإضافة إلى الدفاع الذاتى رغبة في توقف المجموعة ككل وإفنائها. (أنا ذاهب.. وانت وشطارتك).

٨ — قد يستمر أحد هؤلاء الثلاث تحت ضغط المجموعة، أو الشريك، أو التهديد بظهور الأعراض، أو الرغبة الظاهرية في استكمال «الفرجة»، ولكنه يحاول أن يفرض شروطه ويحول مجرى المجموعة إلى مجموعة اعتمادية أساسها المردشة وتصور التميز عن المجتمع الخارجى، فإذا ووجه برفض

شروطه عاد للانسحاب بنفس الأسلوب القديم ، أو حاول إفشال المجموعة والتشكيك فيها بكل وسيلة ( وقد أورد الباحث أمثلة لهذا الموقف أيضاً والذي يمكن أن يلخص في أنه موقف : « فيها - بشروطي - أو أخفيها » ) .

٩ — إذا تخطى المريض هذه المراحل واستمر مع ذلك في حضور المجموعة ، فإنه يكون قد اقترب من احتمال تغير نوعي في وجوده : وهذا يعني مواجهة جديدة أعمق قد فرضت عليه إذ لم يعد الاعتماد مقبولا ولا العدوان مبرراً ( وكان مرحلة الاعتماد تقابل الموقف الشيزويدي ، ومرحلة العدوان تقابل الموقف البارنوي . وهو الآن على أبواب الموقف الاكثابي ) وفي هذه المرحلة يجد المريض نفسه في صفتين طرق ثلاث :

الأول : أن تعود الأعراض القديمة ، واسكنها عادة تعود بشكل محور وبمحنة أقل .

الثاني : أن تظهر أعراض جديدة بديلة عن الأعراض القديمة ، ولكن من واقع ميكائزمات أخرى، وقد لاحظت أن هذه الأعراض الجديدة في كثير من الأحوال تكون أعراضاً جسمية ( سيكوسوماتية ) تعمل في عنفها (وتهددها) إلى تهديد الحياة ذاتها مثل أعراض الذبحة الصدرية التي تسكاد تقول ( إما أن تتركوني .. أو أموت ) .

وفائدة الأعراض الجسمية أنها أخفى ، وأبعد عن تناول العلاج ، وهي أبعد أكثر فأكثر عن تناول المجموعة ، وكأنه يقول بها « إن جسمى هو الآن المشكلة ، إن مرضى عضوى ، وعلاج الكلام والتفريج هذا لم يكتشف حقيقة اضطراب أعضائى ، وإذا كان العلاج طبيياً يفهم فى الجسم فليظهر لى شطارته ، أما أنتم فإيش عرفكم باضطرابات الجسم ؟ »

الثالث : أن يواجه المريض انهيار دفاعاته القديمة والجديدة معاً ، وبالتالى يواجه اضطرابه لمواجهة الواقع بحجمه

- بدرجة أو بأخرى - وهنا يقترب أكثر فأكثر من أبواب  
الكتاب الحقيقى الذى يعلن بداية علاقة حقيقية بالعالم  
للموضوعى الذى يتمثل « هنا والآن » فى أعضاء المجموعة  
بعبوبهم وميزاتهم ، إذ لم يعد يصلح أن يعتمد عليهم  
أو يعتدى عليهم ، وهذا الاحتمال الثالث هو ما يقابل الموقف  
الكتابى فى نمو الطفل ( عند ميلانى كلاين وجانتر )  
وكذلك هو ما يقابل « المازق » ( عند بيرلز ) .

وإن كنت أميل إلى عدم إطلاق لفظ الكتاب على  
على الشاعر المصاحبة لهذه الواجهة وأنفضل عليها لنظ الألم  
( وقد ذكر أيضا فى إحدى الجلسات ) وذلك لأن لفظ  
الكتاب أصبح رمزاً لعرض محدد أو مرض بذاته وقد  
أسوء استعماله أشد الإساءة ، أما الألم هنا فيتميز عن  
الكتاب بأنه :

( أ ) يحدث هنا تحت تأثير درجة من الوعى والاختبار .

(ب) لا يصاحبه عادة « شعور بالذنب » .

(ح) يكون الفرد فيه قد تخطى مرحلة الثنائية

الوجدانية Ambivalence إلى محاولة الاقتراب من مرحلة

تحمل التناقض Tolerance of ambiguity

١٠ — قد يدرك المريض ما ينتظره من مواجهة حقيقية

للواقع بحجمه وقد يخاف من هذه الخطوة بشكل متزايد ،  
وقد يهوى للتراجع عنها بأحد طريقتين أساسيتين :

(أ) أن يتحمل الألم وحده تماماً ، فيلغى وجود

المجموعة ، وهذه الخطوة تضاعف من الألم بدرجة تبرر  
التراجع عنه .

(ب) أن يكشف جرعة الألم بأن يببالغ في ضرورة تحمل

مسئولية مَنْ حوله كدليل على ارتباطه بالواقع وعلى  
اشتراكه في المسيرة ، ولكن هذه المبادرة غير المحسوبة  
تضاعف أيضاً من هذا الألم وتبرر في النهاية انسحابه بعيداً  
عن تحمله .

١١ — قد يلجأ إزاء ذلك الألم للتزايد الذى سام  
تمهيداً فى إحيائه إلى أحد سبيلين :

( أ ) عقلنة الألم : إذ يبدأ الألم الحى يفقد جوهره رويداً  
رويداً ، إذ يقل ما يصاحبه من معاناة وأمانة وحيرة وإصرار  
على المواجهة .. ويستبدل بذاك الحديث عنه ، وتقل معاشته ،  
وإن بقيت الألفاظ تغنى بوصفه .

( ب ) التراجع عنه : إما صراحة ( أنا لست بحمل  
« هذا » أبداً ) وإما بالعودة إلى أساليب دفاعية أخفى ( بخلاف  
العقلنة ) تريحه وتقل بالتالى من فعاليتها .

١٢ — أما إذا احتل المريض هذا الألم الحى ، مسغفلاً  
وجوده فى المجموعة لتخفيف عنقه ، فإن وظيفة المجموعة غير  
الاعتمادية فى هذه المرحلة تكون فى أشد حالات فعاليتها  
وهى تنفى أساساً :

« إن هذا الألم ضريبة الحياة . وأتانا فانيه « معاً » - لا بالنيابة

أحدنا عن الآخر - وبالتالي فإن جرعته يمكن أن تكون

محتملة : هيا نواصل » ، إذا حدثت هذه الخطوة فإن المريض

ينتقل إلى مرحلة « الولا ف » الإرادى اليقظ ، أو مرحلة

الديالكتيك الحى ، أو الجدل التطورى ( راجع أيضا الجزء

الثانى من هذا الكتيب : « الخطوط العامة للنظرية » ) .

١٣ — وهذه الخطوة الأخيرة والتي تمحدد هدف العلاج

كله وهو « إحياء ديالكتيك النمو بطريقة عملية ومباشرة

وواعية إلى حد ما » هى نهاية وبداية معاً حسب قانون الجدل

الحوى المستمر ، فهى نهاية لكل ما سبقها من خطوات ،

ولكنها متى استقرت فإنها تحتاج إلى فترة ككون وممارسة

متأنية تنبعث بعدها مسيرة جديدة ..

وكنت أنوى فى المسودة أن أتحدث هنا تفصيلا عن

طبيعة هذه الخطوة وكيفية حدوثها وشروط نجاحها ،

إلا أنى فضلت أن أثقل هذه التفاصيل إلى فصل الحديث عن علاقة هذا العلاج بالجدل (الديالكتيك) في فقرة الحديث عن الفلسفة ، ذلك لأنه لكي نفهم هذه الخطوة لابد أن نستوعب أولاً - بدرجة ما - معنى الديالكتيك ، كما أنى حريص تماماً على التنبيه على ضرورة إعادة روح علمنا هذا إلى الروح الفلسفى النابض . .

ولكنى أحدد هنا المفهوم العام لاستعمال كلمة الموائفة\* أو « الولا ف » Synthesis وخاصة وأن الباحث قد استعمل هذا التعبير أكثر من موضع .

وكل ما ينبغى أن أشير إليه هنا قبل شرح هذا المفهوم تفصيلاً في موقعه هو أن « تحقيق الموائفة الأعلى » يختلف

\* فضلت كلمة « الموائفة » أو « الولا ف » لأنها تعنى اتصال القوى بعضها إلى بعض كما أن الفعل « ولف » يعنى تحايل اللسان ( البرق عادة ) ، والمعيان معاً كما ما أقصد . أما كلمة « الجيعة » ( نتيجة الجمع بين « الطريحة » و « التقيضة » ) فهي تعطى معنى الجمع لا الاتصال الحيوى .



في كثير من أبعاده عن الشائع عن العلاج النفسي فأقرر  
في لمجاز :

(أ) إن هذا العلاج لا يسعى إلى « كبت » الجزء  
الآخر من النفس ، وإن كان يقبل ذلك إذا فرض عليه  
بالانسحاب ، فرغم أن هذا في مضاعفاته ، إلا أنه بالمقياس  
العادي هو هو بعض نجاحاته .

(ب) إن هذا العلاج لا يهدف إلى ضبط أو وقع الجزء  
الآخر من النفس ، كما هو الحال في العلاجات التي تعمل على  
تقوية ضبط النفس والتعويض الشعوري .

(ج) إن هذا العلاج لا يهدف إلى تصالح أجزاء النفس  
وتفاهمها كما هو الحال في بعض مراحل التحليل النفسي ،  
بل إنه ذو غاية الأمر في مرحلة التحليل — التركيب  
Structural Analysis وأغلب مراحل التحليل التفاعلات  
Transactional Analysis

(د) إن هذا العلاج لا يهدف إلى حل وسط — إلا كرحلة — ذلك الحل الذى يتم عادة باتفاق سرى بين أجزاء النفس، إذ يلبس كل جزء صفة الجزء الآخر ليقدّم للوجود ما يسمى « خداع التحسن » (إن صح التعبير) وهو المقابل لما أسماه إريك بيرن « التلوّث » وهو المقابل أيضاً المعروف فى التصنيف الشائع تحت عنوان « اضطرابات الشخصية ». (هـ) إنما يهدف هذا العلاج إلى « الموائمة الأعلى » بين قوى النفس المتصارعة المتناقضة (ظاهرياً) ، ويتم ذلك من خلال تحديد هذه القوى ، ثم فصلها عن بعضها ، ثم إعادة المواجهة ، ثم إفسال استقلال أى منها ، ثم الاضطرار إلى تلاحمها ، ثم نسج الموائمة الأعلى ، وكل هذا قد نعود إليه فى حينه بالتفصيل .

خلاصة القول بعد تحديد معالم هذا العلاج وهدفه وخطواته ١ — أنه علاج عملى ، له هدف بعيد غير معلن ( الموائمة الأعلى ) ولكنه يقبل كل الأهداف الوسطى التى تفرض عليه ويعتبر نتائجها المسطرة مرحلياً من إيجابياتها .

٢ — أنه من الناحية التطبيقية لا يهمه التفضل  
أو المواصفات الطوبائية المروية بقدر ما يهمه وضوح  
المقاييس التي يقيس بها خطوات مسيرته ، وأهم هذه المقاييس :

( أ ) اختفاء الأعراض ولو مرحلياً .

( ب ) إرساء علاقة — ولو خفية — تسمح بالرجوع  
للاستكمال السيرة إذا عادت الأعراض .

( ج ) إدراك طبيعة الاختيار ، ومن ثم المسئولية في حالتي  
الصحة ( ولو الظاهرية ) والمرض .

( د ) التكلم باللغة السائدة .. والارتباط بالواقع ..  
وتحمل مشقة التكيف .

فإذا أشارت هذه المقاييس إلى تقدير إيجابي حق العلاج  
غرضه المباشر ، ولكنه حسب خبرتي — يكون قد حقق أيضاً  
غرضه الأبعد ولكن بمرعة محدودة وعلى المدى الطويل لأنني

— كما ذكرت — لاحظت أن إحياء الجدل الحيوى من خلال هذا العلاج يستمر حتى بعيداً عنه وبعد الانقطاع .

سادساً : علاقة هذا العلاج بالأبعاد الأخرى :

« داخل دائرة المهنة وخارجها »

أولاً : علاقة هذا العلاج بالعلاجات الأخرى :

( ١ ) العلاجات الكيميائية والعضوية

بدا من البحث أن التشخيصات مختلفة ، ولكن الغالب فيها حالات خطيرة مثل الفصام — وقد نمزو هذا المرض بالذات إلى أسباب عضوية مختلفة وبالعالى فإن علاجه الشائع والغالب هو علاج عضوى كيميائى أساساً وفيزيائى فى المقام التالى ، ولكن البحث لم يقدم لنا إشارات واضحة عن دور هذه العقاقير والعلاجات « مع » العلاج الجارى أو « بديلاً عنه » أو « معوقاً » له ، ولا أستبعد نقداً من بعض

«الذين لا يروا إلا ما يبعد من الرؤية يقول :  
» من أدراكنا أن هذا التغير ليس نتيجة للعقاير التي يتناولها  
هؤلاء مثلاً.. وأنه ليس له علاقة بالعلاج الجارى؟ » إلا أن  
الباحث كان حذراً منذ البداية ، فأعلن أنه يبحث فى ديناميات  
العملية العلاجية ، وليس فى نتائجها أو فى إرجاع النتائج إلى  
متغير بذاته ، ثم ترك بحث هذا الأمر لمرحلة تالية لم تنشر .  
ولذا فإنى أجد لزماً على أن أوضح بعض ما يدور حول  
هذه النقطة كالتالى :

١ — مجموعة البحث شديدة الاضطراب بصفة عامة  
[ ٦ فضايمين ، و ٧ اضطراب شخصية ( مكافئ للوجود  
الفصامى فى بعض الأقوال ) ] .

٢ — كثيرون من مجموعة البحث لم يستجيبوا « لكل »  
العلاجات السابقة وحدها بما فيها العقاقير الكيميائية  
والجلسات الكهربائية .

٣ — بعض أفراد المجموعة ( « حسام » و « على » ) دخل المستشفى فترة من الوقت ، الأول لبضعة أسابيع ، والثاني ما زال بها .

وكل هذا يشير إلى أن هذا العلاج يواجه تغيراً بيولوجياً هاماً الذي يعامل اختلالاً دينامياً ، وعلى ذلك فالافتراض الأول أن أغلب هذه الحالات يحتاج مباشرة إلى عقاقير فعالة وشديدة التأثير .

وأناست ضد ذلك ولكن لى طريقة خاصة فى استعمال العقاقير مع هذا العلاج - وغيره - أتبعها - هنا - كما يلى :

١ - عادة ما أبدأ - فى مثل هذه الحالات - بالعقاقير المناسبة جنباً إلى جنب مع هذا العلاج ، ولا يهمنى فى البداية إن جاءت النتائج نتيجة لهذا أو ذاك ، فأتى يحدد ذلك هو « نوع النتائج » و « استمرار النتيجة » ، وليس مجرد النظرة السطحية للنتائج ، فعندى - وعند غيرى - من يأخذ هذه

المقايير حول هذا العلاج ، ونحن نقتبع يومياً طبيعة نتائجهم ،  
ومداها ، ونوعها ، نجبرتنا الإكلينيكية ، دون خدعة الضبط  
والمقارنات السطحية .

٢ — أتناهم مع المريض عادة ومنذ البداية عن فكرتي عن  
طريقة عمل هذه المقايير وعندى لها تفسير دينامى بيولوجى  
مباشر يتعلق بعملها الانتقائى على مستويات المخ للتصاعده ،  
ويفهم المريض عادة مهما بلغت درجة مرضه ما أعنيه ، وقد  
يحتاج إلى إعادة توضيح ذلك أثناء العلاج ، وربط التغيرات  
السلوكية ، واختلاف أنواع النشاط بالمقايير التى يتعاطاها  
( وليس هنا مجال ترتيبها أو شرح تفصيلى لتناسب درجاتها  
مع مستويات نشاط المخ المختلفة )

٣ — بعد أن تصل رسالتى واضحة ، لا أعود  
لحديث منها من جانبى أبداً وإنما أستجيب لتساؤلات  
حولها ، حيث أنى أنى كل جلسة (لجأة) بقولى « آخر خمس

دقائق للأسئلة والمقايير » ، فإذا سأل أحدهم عن جرعته ، تركته — عادة — يحكمها بما اتفقنا عليه مسبقاً .

٤ — يتعلم المريض حاجته للمقايير وتناسبها مع طبيعة تفاعله بعد بضعة أسابيع من البداية .

٥ — لاحظت أن أغلب المرضى — حتى الفصامين للزمين — يوقف العقايير تلقائياً مع تطور العلاج . . . دون أن يخل هذا بوظائفه الفسيولوجية ( النوم مثلاً ) أو النفسية ، وقد يرجع إليها تلقائياً لأيام أو أسابيع وبجرعة أقل ، ثم يوقفها ثانية ، وقد يخطرني بذلك أو لا يخطرني ، ولكنني أتبع كل هذا عن بعد .

٦ — تعلمت من هذه الطريقة التلقائية أنه إذا سمح للنشاط القديم والأعمق للمخ بالتعبير ، وقوبل بالتقبل ، وبدأت محاولات استيعابه فإن المريض لا يحتاج للعقار الذي يحمده ، والعكس صحيح ، وهذا القناب مباشر ويومي .



٧ — لا أبدأ أبداً إلى ( بل وأنهى عن تعاظمي )  
للنومات والمهدئات الخفيفة التي تعمل على المستويات الأعلى  
من اللخ .

٨ — يقل تعاظمي الخدرات والكحول تلقائياً لمن كانوا  
يعاطونها دون التنبيه المباشر بمنعها ، إذ يبدو أن  
الحاجة إليها هي الأخرى تقل حتى يشق للريض عنها تماماً  
مع ازدياد التفاعلات واكتشاف الداخل والاعتراف به  
وقبله .

٩ — أأخذ دائماً مقياسين يفسران لي اللجوء إلى العقاقير  
( وهما نفس المقياسين الذان توصل إليهما الرضى تلقائياً )  
وهما :

( ١ ) النوم ( ٦ — ٨ ساعات يومياً ) ، ذر الفائدة المرجوة  
والأحلام .

(ب) الانتظام في العمل اليومي العادي .

فاذا استمر « التمام » على هذين القياسين من جانبي وجانب المرضى ، ترك الأمر لقياس التناسب العكسي . بين نوع خاص من التفاعل في المجموعة والجرعة :

١٠ — لاحظت أن مفعول العقاقير يتغير مع جلسات العلاج ومثال ذلك أن المريض الذي كان لا ينام إلا بجرعة ٥٠٠ ملجرام لارجاكتيل أو ميليريل قد يكفيه بعد تفاعل ناجح ٥٠ مجم أو أقل . . ثم سرعان ما لا يحتاج إلى العقار أصلاً .

١١ — لاحظت أيضاً أن نوع التفاعل يحدد جرعة المقار ، فالتفاعل الكامل المستوعب يتيح تناسقاً داخلياً بين مستويات المخ ، فلا يدع مجالاً لعمل هذا المستوى مستقلاً متنافراً فلا يحتاج المريض إلى عقار تهدئته ، وعلى النقيض من ذلك فإن التفاعل المبتور أو الناقص أو السطحي الزيف

قد يحتاج لزيادة الجرعة لأن مثل هذه التفاعلات تضغط أكثر على النشاط الداخلي مما يشبهه في عنف عميق ، مما يحتاج معه إلى تهذئة مناسبة .

١٢ - أثناء إجراء هذا البحث كان جميع المرضى قد توقفوا تماماً عن تعاطي العقاقير ، تلقائياً وبالموافقة الضمنية من المالج .

١٣ - لم ألبأ في هذه المجموعة عامة - وأثناء إجراء هذا البحث خاصة ، إلى الجلسات الكهربائية ، رغم حي لهذا العلاج وإيماني بسلامته وفاعليته وضرورته في حينه ولفرض محدود ولفترة محدودة ، ولكن في هذه المجموعة ، وبعد أن استتبت العلاقة كنت أفضل معايشة الأعراض التي تظهر أولاً بأول حتى ولو كانت ضلالات أو هلاوس ( حالة على ) فقد كنت أفضل أن يستوعبها في المجموعة ثم ينننا في المستشفى ، باعتبار أنها نابعة من الجزء للتم لوجوده ، وأن

هدف العلاج هو مواجهة هذا الجزء واستيعابه وليس تهميده وإخفائه .

ومعنى ذلك أنى قد ألجأ إلى الصدمات (واحدة أو اثنتين فى العادة) إذا لم تكن علاقة المريض قد استتبت بالمجموعة، أو كان بعيداً عن علاج الوسط الحامى، وكان التفاعل الذى تنبعث نشاطاً أعنف من قدرته فى بداية المواجهة .

وبعد هذه الملاحظات الاكلينيكية العامة أستطيع أن أؤكد أن فروضاً عاجلة قابلة للتحقيق قد أثارت بصدد هذه العلاقة بين هذا العلاج وبين العلاج العضوى ومنها :

١ — إن مفعول العقاقير خاصة — والعلاجات العضوية عامة — هام ، وضرورى أحياناً ، وعامل مساعد غالباً ..  
جمع هذا العلاج .

٢ — إن الحاجة إلى العقاقير تمثل مرحلة محدودة فى بداية العلاج ثم تتضاءل الحاجة إليها بتقدم العلاج .

٣ — إنها لا تستعمل كسكن بديل ، ولكنها تستعمل كنظم لنشاط جزء معين ومستوى معين من مستويات المخ في وقت يحتاج فيه هذا النشاط إلى التنظيم حتى يأتى الوقت الذى يمكن استيعابه فى الكل المفيد .

٤ — أن هذه العقاقير وخاصة المهدئات العظيمة لا تحتاج لفترة سكون طويلة Latent period كما أنها ليست لها أثر معدى طويل كما يوهننا أصحاب شركات الأدوية ، وكما جاء فى كثير من الأبحاث التقليدية .

٥ — إن مفعول جرعة العقار يتناسب مع النشاط المقابل الذى يعمل عليه العقار ( والعقاقير المختلفة عندى لها فاعلية متصاعدة تطورياً كما ذكرت قبلاً ) ، وبالتالي فتأثيرها يتوقف على الحالة الوقتية التى يمر بها المريض . . لأن هذه الحالة ترتبط مباشرة بتناسب مستويات نشاط المخ وتأثرها أو تفاورها .

[ومن القواعد المعروفة لعمل العقاقير عامة — وليس  
العقاقير النفسية فقط ، أن المقار يقطعها الجزء النشط المناسب  
له في الجسم ] .

٦ — إن الميزان الذي يصل إليه المريض بعد فترة المحاولة  
والخطأ ، وبعد توضيح الأمر له ابتداء ، هو ميزان دقيق  
يمكن الاعتماد عليه في هذا النوع من العلاج ، وأن رأى  
المريض — بعد استتباب العلاقة مع المعالج أو المجموعة —  
ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار .

٧ — إن وظيفة الطبيب هو شرح وجهة نظره في توقيت  
وجرة المقار حتى ولو لم تمثل الحقيقة النهائية ، والمريض  
— في هذا العلاج — يتجه إلى ضبط الجرعة من خلال ذلك وهذا  
مؤكد اختياره الذي يشمل بذلك التدخل الكيميائي .

٨ — إن النظريات التي تحاول تلخيص المرضى النفسى  
(والمعنى منه بوجه خاص ... والفصام بوجه خاص)

إلى اضطراب كيميائي هي نظريات - في رأي - دفاعية  
 بحجة ، بمعنى أنها تحمي الطبيب أساساً من الرؤية ( رؤية ذاته  
 ورؤية مأساة الذهان ، ورؤية مضاعفات التطور ورؤية  
 ألم الوجود ) وبالرغم من ذلك فإن معرفة التغير الكيميائي  
المصاحب لهذه التفاعلات الكيميائية ، والمضاعفات التطورية  
 وكذلك التغير السابق لظهورها (دون أن يكون سببها مباشرة)  
 واللاحق لمواجهتها (دون أن يكون مسئولاً عنها مباشرة) هو من  
 أهم وأخطر المعلومات التي ينبغي أن يلم بها الممارس في كل  
 لحظة ... ، كما أنه ينبغي أن يلم بالتغيرات الكيميائية المحتملة  
 مع كل تفاعل دوائي .

( ٢ ) علاقة هذا العلاج بأنواع العلاجات الأخرى

غير العضوية :

١ - العلاج الجمعي عامة ..

وهنا ينبغي أن أقر أنه ليس عندي ما أضيفه هنا  
 لما جاء به الباحث في هذا الصدد ، إلا أني أشكر بالشكر

( مع بعض الدهشة ) إذ علمنى هذا البحث من خلال هذه الجهد الفائق مدى التشابه بين ما أفعل ، وما يجرى معاصراً لنا فى العالم حتى تاريخه ( كما هو واضح من حذانة المراجع التى استند إليها ) إلا أن لى تحفظات يسيرة وهامة فى نفس الوقت مثل التأكيد على أنه ليس علاجاً تلقينياً ( من كل بستان زهرة ) ولا هو علاج انتقائى Eclectic ولكنه ذو شخصية مستقلة رغم أنها تأليفية ، واستقلالها بأتى من ارتباطها بشخص المعالج وخبرته ، وتأليفها بأتى من تفاعلها الجدلى تاريخياً من مقومات متنوعة ومختلفة ومتعارضة أحياناً وكذلك من ارتباطها بالموافقة الجدلية المتصاعدة التى تفرضها على المعالج والمعالجين فى آن واحد .

٢ — العلاج النفسى الفردى : فى رأى — كما ألمحت سابقاً — أن العلاج النفسى الفردى لا يتعارض مع هذا النوع وإن كنت أميل إلى أن أعتبره مرحلة تمهيدية مناسبة ، ولكنه



ليس مناسباً - في أغلب الأحيان - أن يستمر مع استمرار مثل هذه الجلسات الجماعية .

٣ - العلاج العائلي : هناك علاقة مباشرة بالعلاج العائلي Family Therapy سواء كان العلاج الزوجي Marital Therapy ( في المجموعة ثلاثة أزواج Pairs وقد أفاد الباحث في طبيعة دبر هذا العلاج في إصلاح العلاقة ومحاولة إرسائها على مستوى أعلى ) أو كان علاج الأسرة باعتبار أن مرض أحد أفرادها هو مجرد عرض لمرض العلاقات الأسرية ( راجع حالة « على » بوجه خاص ، وكذلك : حسام ) . وتناول الأسرة بهذا الشكل الكامل بعيداً عن الجلسات هو ما أسميه « سدّ الثغرات » حتى لا يستعمل أحد أفراد الأسرة ساليب المرض لصالح توازنه الشخصي ، وكذلك لا يجد المريض من يسمح له بتوقف مسيرة المحاولة نحو الاستقلال والنمو .

#### ٤ - علاج الوسط :

لاحظنا أنه في بعض الحالات الذهانية الشديدة يحتاج المريض أثناء تفاعله العنيف في مثل هذا العلاج إلى وسط يفهم طبيعة العلاج، ويحيطه ويحميه فيما بين الجلسات، وينبغي أن تكون الروح السائدة في علاج الوسط المكمل لهذه العلاج هي نفس روح العلاج وأهدافه تقريبا .

#### • - العمل العلاجي :

وهذا العلاج نوع خاص مستحدث من خبرتي وخبرة زملائي بدار المقطم للصحة النفسية ، وليس هو ما يعرف بالعلاج بالعمل ، فهنا يقوم الطبيب والمعالج والرضى بنفس العمل وبنفس المدة ولا يكون المعالج مجرد موجه أو مشرف - والعمل بدني في العادة - وله نفس فائدة هذا العلاج الجمي وفكرته ، وقد وصفته تفصيلا في مكان آخر ، وهو متناسب تماما مع نوعية العلاقات في هذه المجموعة التي قام

بعض أفرادها بالمشاركة فيه مع المعالج في الحقل عدة مرات ،  
وهو يسير في نفس اتجاه علاج الوسط .

ثانيا : علاقة هذا العلاج بالمدارس النفسية المعاصرة :

ذكر الباحث في أكثر من موضع - واستشهد بغيره  
في - أن العلاج النفسي في النهاية ، هو المعالج ذاته ، ولكنى  
هنا أضيف - بعد موافقتى على ذلك كما أسلفت - أن المعالج  
هو مجموعة من مكونات شخصية واقتصادية وحضارية  
 واجتماعية وثقافية ، وبديهي أن العامل الأخير ( الثقافية )  
يتعلق بمسيرة فرعه عامة من الناحيتين التطبيقية والنظرية ،  
ولا أستطيع - ولا يمكن - أن أزعـم أن هذا العلاج ليس  
له خلفية نظرية نشطة ، بل إنى كدت أعتبر أن اختفاء النظرية  
فيه قد يكون من مآخذه .. ، ولست هنا في مجال تفصيل  
أبعاد فكرى النظرى ومصادره - وإن كان موجز ذلك واردا  
في الجزء الثانى من هذا الكتيب - ولكنى كما حدثت

في البداية أتهز الفرصة لأحدد رؤوس المواضيع كما هو الحال في هذه المقدمة عامة فأقول :

إن هذا العلاج له علاقة مباشرة وعملية بمدارس في علم النفس ، والطب النفسي ( تاركا المدارس الفلسفية مؤقتا لأنني أفردت لها جزءا خاصا ) صنعت فكري ، أو بتعبير أصدق تلاقت مع فكري وأثرته ، وأهمها :

١ — المدرسة العضوية : وقد يتوجب القارئ كيف أن مثل هذا العلاج الذي يبدو بعيداً كل البعد عن المفهوم العضوي ( إذ أنه مشحون بالآراء النظرية والتفسير ومواجهة مشا كل السكينونة ، وطبيعة اختيار نوع الوجود لدرجة اختيار الذهان ذاته ) كيف أن هذا العلاج نابغ أساساً من فكر أقرب ما يكون إلى الفكر المادى ولكن في أرق أشكال تطور المادة ، وهو نشاط المخ البشرى فيما يسمى « النفس » ، ولا أعلن سرّاً أنني لا أستطيع أن أفهم أى مقولة فكرية دون أن أتصورها في نشاط الجهاز العصبي بالمعنى الشامل

من أول حركات الشعيرات العصبية *neurofibriles* داخل  
الخلية (بل قبل ذلك في حركة البروتوبلازم .. و ترتيبات  
جزيئات أحماض الريبونوكليك ومشتقاته ) إلى آخر  
تناسق النصفين الكرويين معاً عبر الجسم المندمل أثناء الإبداع  
النفسي ، وقد أخرجتني دائماً هذه الرؤية المنيفة لأنها كانت  
تضطرني أحياناً إلى تصورات لا تحتملها المعلومات المتاحة ..  
ولكن كيف للفروض العاملة أن تنشأ دون هذه التصورات ؟  
وقد يرجع هذا الاتجاه إلى ما يقابل نظرية علم النفس  
الشعوري *Psychologie de la Conscience* التي استمد منها هنري  
إي نظرية المضوية الدينامية *Orgno - Dynamisme* إلا أنني  
لا أعني الوقوف عند فكر «إي» العظيم تحديداً ، بل إن إيماني  
يمتد من الأصول التي أخذ عنها إي وهي فكر أـ ستاذ  
الأعصاب الفيلسوف «هو جليج جاكسون» *Huglig Jacson*  
ماراً بإشارات «ساندور رادو» حتى «إي» ثم عبر كل ذلك إلى  
التصور الذي أُلحْتُ إليه في موقع آخر من تحديد الفكر

التحليلي الخاص بالعلاقة بالموضوع في مستويات المنح تطورياً ،  
كل هذا بتصور مادي واضح يربط تطور الحياة بتطور  
النوع بتطور الفرد بأزمة الجنون بتطور الفكرة والإبداع ،

---

ورغم كل هذا الإيمان بالمادة .. فإنى أعترف أنى لم أقف  
كثيراً عند فكر بافلوف ربما لتقصير منى وربما احتياجاً  
على التجزئة الغالب عليه ... ، أما الذى أكمل إصرارى  
على التمسك بهذا الاحتمال المادى الواضح فهو التجارب  
الحديثة التى قام بها متشورين بالاتحاد السوفيتى وتلاميذه  
ومن أهمهم ليسنكو ليجبى بها فكر لامارك ويرجع —  
بل يكاد يؤكد — أن العادات المكتسبة قابلة للتوريث ...

إن هذا الخيط المتصل الحمل بالتفكير المادى العضوى  
البيولوجى كان دائماً موجى لنظرية الطب النفسى التطورى  
( وراجع الجزء الثانى ) وتطبيقه فى مجال العلاج النفسى  
الجمعى بهذه الصورة قيد البحث ، لأن مهمة مثل هذا العلاج

العنيف — من خلال هذا التصور — كانت واضحة لدى  
بالنسبة لمن يكمل الطريق ، وهي تآزر مستويات المنح في كل  
جديد يبشر باستمرار مسيرة التطور بل ويمكن أن يثرى  
وجودنا عرضاً ويرتقى بوجودنا طولاً ، وإن كان هذا مهمة  
العلاج من وجهة نظرية بحثه ، فهي ليست غايته لكل فرد  
كما أوضحت ، وكما سيرد بعد .

وكأنى كنت أتصور — وما زلت — أن مثل هذا  
الملاج هو التطبيق التجريبي العملي للوعى بحركة التطور  
البشرى ، ( وخاصة بعد أن انتقلت المجموعة إلى مجموعة بحث )  
وهو يعلن مسئولية فرعنا هذا عن المشاركة فيها من واقع  
التفكير العضوى البيولوجى ، في نفس الوقت الذى  
أصر فيه أن هذه المحاولة التطورية ما دامت جادة ولو بعض  
الوقت فإن أى توقف دون تحقيق هدفها النهائى هو مكسب  
علاجى ناجح ليس أقل من كل المحاولات العلاجية الهرمية  
الأخرى .

٢ — المدرسة التحليلية الإنجليزية الحديثة ( العلاقة

بالموضوع Object Relational ) وإن كنت ابتداء لا أميل إلى استعمال كلمة « الموضوع » كترجمة لهذه المدرسة وأفضل استعمال تعبير « العلاقة بالآخر » ، وقد أثرت هذه المدرسة في فكري بوجه خاص ، وخاصة التطورات التي أضافها جانترب على فكر نيرين المقابل لفكر ميلاني كلاين والمكمل والمعاصر لها ، والذي أفادني وأثراني من هذه المدرسة هو الترتيب المتتالي لمراحل النمو : الموقع الشيزويدي Schizoid Position ثم الموقع البارانويدي Paranoid Position ( وإن كانت أغلب الكتابات لا تفصلهما عن بعضهما ) ثم الموقع الاكتيبي ( ثم الكون أو العصائية كما تصورت إكمالاً للمراحل ) ، ورغم أن هذا الفكر التحليلي قد نشأ من الهجوم على ما أسماه بيولوجية فرويد ، فإن استقبالي له كان حسب ما ألزمني فكري العضوي استقبالا بيولوجياً صرفاً ، وقد لاحظ الباحث من



خلال بحثه كيف أن هذه المدرسة تمثل العمود الفقري لهذا العلاج ، كما ألمح في أكثر من موقع طبيعة الانتقال من المرحلة الشيزوبدية الاعتمادية إلى المرحلة البارانويدية المدوانية إلى المرحلة الاكتئابية الولايفية أثناء العلاج ومن خلاله ، وفي رأيه أن هذا الاكتشاف هو إضافة لفكري وتأكيده لتأثير هذه المدرسة على ، وصدقها في نفسى ، وإن كانت لم تطبق في هذا المجال ( العلاج الجمعى خاصة ) من قبل على قدر ما وصل إلى من متابعات ..

فإذا كان البحث قد أظهر أن هذه المراحل تتالى بهذا التناسق والترتيب أثناء العلاج ، فإنه يعنى ضمناً أنها إعادة ولادة ، فهي إذاً تكرر لمراحل نمو الطفل وبالتالى تعديل لمسارها ، ولكنى من واقع تفكيرى البيولوجى أقول إنها بالتالى تكرر لتاريخ النوع البيولوجى الحيوى عبر ملايين السنين ، لأنى قدرت فى محورى لهذه النظرية أن طبيعة هذه اللواقف ليست نابعة من موقف الأم من الطفل بقدر ما هى

موجودة وكامنة ومقابلة لمراحل تطور الحياة عامة والنوع  
البشرى خاصة وأن كل ما تفعله بيئة الطفل (بما في ذلك الأم)  
هو بسط Unfolding هذه الطرق للتواجد في الحياة وشحنها  
بشحنات موقوته تتوقف على احتياج الأم (والبيئة) لهذه  
الطريقة أو تلك من الوجود، وعلى قدر تناسب الاستعداد  
الكامن مع الشحن العاطفى قوة وزمناً، يكون توتف  
الطفل وتشبعه بهذه الطريقة أو تلك في الوجود (الموقع  
الشيزويدي أو الموقع البارانويدي ... الخ)،  
ومن ثم استعداده إلى النكوص إلى أيهما  
عند الضغوط ... ، إذاً فالاستعداد بيولوجى  
أساساً وهو لا يتعارض أبداً مع دور البيئة  
بل إنه يحتمل البيئة مسئولية أكبر؛ هي مسئولية تعديل  
البيولوجى إن لزم الأمر، وكان هذا العلاج، من وجهة  
النظر هذه، هو بطريقة ما: « ممارسة عملية لإعادة الولادة  
لفرد... في ظروف أكثر تلازماً، واماخيار أكثر وعياً

وتفاعل أكثر ثراء .. . ليستطيع الفرد من خلاله أن يعيد

تنظيم مستويات جهازه العصبي ثم يعيد الولاف بينها ليصلح

ما أفسدته البيئة .. بل قد يصلح كذلك ما أفسده الدهر (١)

من خلال الإيمان بإمكان انتقال العادات المكتسبة » .

٣ - التحليل التفاعلاتي : حين أعلنت هذا التفكير

التطوري المحدد في الجهاز العصبي ، وحاولت أن أسلسل

مفهوماته ، وبدأت أناقشه في اجتماعات صباح الخميس بالقبصر

العيني ، أحضر لي الزميل الدكتور مصطفى السوداني الرئيس

كتابا عن التحليل التفاعلاتي لإريك ييرن ، وكان ذلك منذ

حوالي ست سنوات ، ولم أعره كبير اهتمام رغم أن الزميل

قدمه لي على أنه يحوي فكراً مقاربا لفكري ، غير أنني

أحسنت أنه فكر مبسط أكثر من اللازم ، ولسكني في

تقبي لحركة العلاج النفسي بعد ذلك علمت أن هذه المدرسة

قد انتشرت في الولايات المتحدة بشكل طاع وكاسح ودعة

بين العامة حتى بلغت مبيعات كتاب « الألعاب التي يلعبها الناس » Games People Play لإريك بيرن أيضاً مبلغاً وضعه في عداد أكثر الكتب انتشاراً ، رغم أنه في الحقيقة كتاب على شديد العمق ( أعمق من الكتاب شارح النظرية رغم بساطته ) فرجعت ألوم نفسي على استهائتي المسبقة بهذا الفكر العظيم الذي ظاهره التبسيط وحقيقته العمق الإبداعي الأصيل ، وبدأت أنهل من هذا النهل العذب الساس حتى أتيت على كل ما وصل إلى من أعمال بيرن ( وهي محدودة للأسف ) ثم لبعض تلاميذه .

ولكن حدث ما خفت منه من تسليح وتشويه للنظرية بين أيدي المتعجلين وذلك لما بدى لهم من بساطة النظرية ظاهرياً حتى أصبحت — في تصوري — مهرباً مضحكاً من مواجهة ضرورة التأليف بين كيانات الإنسان التي افترضها بيرن في كل واحد... ، أي أصبحت تفكيكا للإنسان أكثر منها تأليفاً له . . .

وبالرغم من ذلك فهذه النظرية لها فضل على فكري  
في أنها حددت فكرتين كانتا قد بدأتا تتكونان في عقلي :

الأولى : أن الإنسان هو عدة أناسي وليس عدة أجزاء .  
( وقد نبعت هذه الفكرة أساساً في الفكر التحليلي الذي  
أشرت إليه في النقرة ٢ ) . والثانية : وكانت نابعة من التفكير  
المضوي أساساً وهي أن هذه الأناسي عبارة عن نشاطات  
لمستويات المخ المختلفة ( وقد أخذ إريك بيرن هذا الاحتمال  
من تجارب يينفيلد على المخ ) والحق أقول أنني استغرقت  
في ممارسة هذا العلاج بطريقة التحليل التفاعلاتي فترة من الزمن  
مع هذه المجموعة بوجه خاص ، ولستكني فوجئت بأنني  
قد أكتفي بعملية « فض اشتباك » ولا أكملها إلى عملية  
ولاف حقيقى على مستوى أعلى ، وبالتالي فإن فضج الأفراد  
معرض للإعاقة فعلاً ، وعند ذلك الحين اعتبرت أن أسلوب  
هذه المدرسة يصلح لمرحلة محدودة في العلاج موضوع البحث ،

ولكن التماذى فيه معطل ، فلا بد من المواجهة للولاف  
الأعلى بعد مرحلة فض الاشتباك مباشرة .

وأعتقد أن إريك بيرن كان يعرف هذا الولاف  
الأعلى وكتب عنه بوضوح فيما أسماه النقى المتكامل  
Integrated Adult حيث تلتحم فيه الصنات الطفلية فى شكل  
المواطف الصادقة التلقائية ، والوظائف الوالدية فى شكل  
الأخلاق الذاتية الملزمة مع حسابات الواقع الهادئة المستقرة ،  
ورغم وضوح هذا الولاف الأعلى لديه إلا أنه كان من  
التواضع والواقعية بحيث لم يشر إلى طريق تحقيق هذا النثل  
الرائع ولم يوص به ، بل إنه بالنسبة للنقى \* المصادى

---

\* فضلت استعمال كلمة «النقى» بدلا من كلمة «الباطن» أو «الناج» ،  
ولاشائى أن النقى هو الشاب الحدث ولكن جاء فى لسان الرب  
« ... قال للتبى ليس النقى بمعنى الشاب والحدث وإنما هو معنى الكامل  
الجازل من الرجال ، يدك على ذك قول الشاعر :

إن النقى جمال كل ملحة      ليس النقى بمنعم الشبان

Normal Adult قد أقر بأنه لا يفهمه جيداً بالنسبة لغيره  
من حالات الأنا .

٤ - نظرية الجشبات : ( المرتبطة بنظرية المجال  
« اللينين » أيضاً ) .

وقد أثرت في ( وفي هذا العلاج بالتالي ) هذه النظرية  
بتطبيقاتها في نظرية المجال خاصة : من جانبين : أما من  
الناحية النظرية فقد تلاقت معها في طبيعة الإدراك الكلي  
قبل الجزئي ، والاستيعاب الكامل الذي يبدو حدسياً  
لعلاقات المجال والمثير قبل مرحلة تحليله ، وقد كان لهذا  
الاستيعاب ( الحدسي ) الكلي أثره المباشر في إقباله على :

( أ ) استيعاب الأعراض في « كل » نوعية وجود الفرد

( ب ) استيعاب الفرد في « كل » المجموعة .

( ج ) استيعاب المجموعة في « كل » المجتمع .

(د) استيعاب المجتمع في كل العالم .

(هـ) استيعاب للرحلة المعاصرة في « كل » تاريخ التطور البيولوجي والاجتماعي .

وقد اكتشفت أن اتساع هذه الدوائر كان نتيجة تلقائية لاتساع دائرة الوعي من خلال المواجهة المستمرة مع تناقضات المرضى وتناقضاتي ، ولم يكن نتيجة اقتناعي بالفسكر الجشثاتي ابتداء ، وأظن أن هذا التسلسل العكسي لا يصلح على حد خبرتي ، حتى لا أكاد أقول أن الوعي بهذا الإدراك الكلي يرتبط أساساً بدرجة نمو الفرد أكثر من ارتباطه بدرجة إيمانه به ، وهو يتناوب مع الإدراك الجزئي في مراحل النمو ويكمل أحدهما الآخر بحيث لا يمكن إذا أغلقت الدائرة أن نجزم بضرورة أسبقية أحدهما (ولكن هذا حديث آخر) ، وبالنسبة لهذا العلاج فإن هذا النوع من الإدراك واتساع دائرة الانتباه حتى لتسكاد تصل إلى دائرة كاملة تشمل الخلف هو من أهم صفات المعالج اللازمة



وخاصة إذا بلغ عدد المجموعة في جلسة واحدة ستة عشر فرداً كما يحدث أحياناً في هذه المجموعة ، ولم يكن للمعالج ماعداً ، وهذا الإدراك الكلى يسمح بملاحظة التفاصيل الجزئية في نفس الوقت ، وهذا يشمل إدراك الكلمات في نفس اللحظة التي يلحظ فيها لمة الجسم في نفس اللحظة التي يترجم بها احتجاج المينين ... الخ ..

أما الجانب الثاني من مدرسة الجشتالات ، فهو الجانب التطبيقي ، الذي شاع تحت اسم «العلاج الجشتالتي» ، ولو أن العلاقة هنا بين نظرية الجشتالات وتطبيقاتها في هذا العلاج علاقة واهية نسبياً . . . اللهم إلا فيما يتعلق بفصل الشكل عن الأرضية ، والهجوم على الوعي الفامفر ومخديه ، وبتميق الانتباه على أحد جانبي المجال بالانتابع ، لتحمل الاختيار بين البدائل ثم المسؤولية . . . ، وقد كان هذا الأسلوب عاملاً فعالاً دائماً في هذا العلاج قيد البحث ، أما بالنسبة لما حواه العلاج الجشتالتي عامة - ثم شطحات زعيم مدرسته (بيرلز)

خاصة — من مبالغات تفري بالبعد عن الواقع فإنى لم أصل إليها أبداً حيث أنى أدركت نهايتها من واقع خبرتى ومن تصريحات بيرلز نفسه الذى بدأ برفض التحليل النفسى ثم برفض العلاج الفردى برمته ثم أعلن قرب لا جدوى العلاج الجمعى . . . ثم أصبح يميل إلى خلق مجتمع خاص يمارس فيه الانسان بشريته بصدق . . . الخ .

فقد أيقنت أن هذا الطريق لن ينتهى إلا بعزلة صوفية أو «ميتية» وكلاماً وأوهام طوبائية بعيدة عن المجتمع والخاص، ولعل أم فرق بين العلاج الجشتالتى ( بيرلز بوجه خاص ) وبين هذا العلاج قيد البحث موعق ارتباطه بالواقع ارتباطاً دائماً ومباشراً بحيث يصبح لا مناص من الولاى الأعلى Higher Synthesis أو على الأقل الحرب منه بوعى نسي واختفاء الأعراض دون أوهام انسحابية طوبائية خادعة ، وقد قدم الباحث فى هذا السبيل أمثلة متعددة وملحة على

مدى رفض المجموعة والمعالج هذا الإنسحاب المثالي أو وصف المجتمع العادى بالدونية أو السطحية رغم اغترابه وانسحاقه... الخ

٦ — كارل جوستاف يونج :

ولا يمكن أن تنتقل من هذه الفقرة عن العلاقة مع المدارس النفسية دون إعلان العلاقة المباشرة بين « روح » هذا العلاج ( إن صح التعبير ) وبين إيمان يونج ( ولا أقول نظريته ) فإن عمق هذا الرائد الفذ لم يصل إليه أحد... وبالتالي فإن وحدته ما زالت مفروضة عليه حتى بعد موته ، وحتى اليونجيون المحدثون... أكاد أخشى منهم على فكره أن يسطحوه بالتعجل والحماس ، ولا بد أن أعترف هنا أن مفهومه عن التفرد : Individuation لا يبعد عن ذهنى فى لحظة من اللحظات ، كما أن أعماق اللاشعور كما قدمها بمحتواها الجسمى وعجزها الأثرى... كل ذلك كان وما زال زادى وأنا أنتقل إلى مراتب أعمق وأعمق فى نفسى ونفس هذه المجموعة من خلال هذا العلاج ، وإن لم يظهر ذلك بوضوح

في التفاعل المباشر للدرجة التي جعلت الباحث لا ينتبه إليها  
فإن ذلك كله كان دائماً وراء الهدف النهائي والعمق المفاهيمي  
الذي يصف المجموعة شمولياً ، ورغم أن الباحث يعرف علاقته  
العاطفية بهذا الرائد الفذ ، فإنه التزم بأمانة تحليل المادة التي  
أمامه دون أن يتأثر بمعرفته المسبقة عنى ، فتخطى هذه الحقيقة  
لأنها لم ترد مباشرة في مفردات البحث ، وأرى أنه محق  
تماماً من وجهة نظره .

#### ٧ - سيجموند فرويد والتحليل الكلاسيكي :

اعتاد الباحث ألا يبدؤوا ذكر نظرية جديدة ، أو فكر  
جديد ، أو تكنيك جديد إلا بالإشارة إلى إزهاصات فرويد  
المسبقة بأى منها ، وهناك ما يقابل ذلك في طقوس بعض الديانات ،  
وحتى في هذا البحث فقد ذكر الباحث أن اجتهادات فرويد  
الأسبوعية مع تلاميذه كانت نوعاً من العلاج الجمعي ،  
وإن كنت أجد في هذا بعض المبالغة ، لأن أى أستاذ صادق

في أى فرع (الكيمياء مثلاً) إنما يعالج تلاميذه بتعليمهم  
وحثهم على الأمانة والاقتراب من الموضوعية وكونه قدوة  
لهم الخ ، إلا أنى لا أستطيع إلا أن أعترف له بالفضل على  
فكرى عامة وفكرى العامل في هذا العلاج خاصة . . لا من  
حيث التكنيك ، فهذا العلاج أبدي ما يكون في هذا السبيل  
عز تكنيك وروح التحليل النفسى ، وإنما من حيث استعمال  
بعض أفكاره الرائدة ولكن بأسلوب هذا العلاج  
الخاص . . ، وأخص بالذكر هذا الثراء الرائع الذى أُرانا به  
حين وصف الحيل الدفاعية بالتفصيل ، ولعل قارئ هذا  
البحث يلاحظ إلى أى مدى كانت لعبة « الإسقاط »  
تُكشف وتُفسر ، ويساعد ذلك فى استبصار لاعبيها ،  
كما يلاحظ كذلك كيف يعمل ميكانيزم « التقمص بالمعدى »  
الذى وصفته أنا فرويد فى التقمص بالقهر الخارجى ، ورفضه  
تظهر الأعراض ، ثم يفض العلاج الاشتباك مع هذا القهر  
لينتقل إلى التقمص بالمعالج ، والمرضى يستقبله على أنه معتدٍ

على حريته وكيانه لفترة ما ، ثم يتممه فتتخفى الأعراض مؤقتاً نتيجة لهذا التمعص الجديد ، ثم يكتشفه بعد ذلك ، ليظهر العدوان صريحاً على المعالج . . . وهكذا ، كل ذلك يتم بروح التحليل النفسى وبفضل ما أوضح حول هذه المفاهيم .



وأخيراً فإنى أجدنى مضطراً أن أقف عند هذا الحد لأنه لا يمكن أن يتمنى ، فإنى أكاد أقر أنى لم يمر على معنى أو بصرى معلومة أو طريقة إلا وأثرت فى فكرى رفضاً أو قبولاً تجربة واختباراً ، فلا أستطيع أن أنكر مثلاً تأثير ما وراء فكرة الصرخة الأولى لجانوف ، ولا جوهر العلاج السلوكى وتأكيده السلوك المرغوب واضمحلال السلوك الرضى عن طريق العلاج أو المجموعة ككل ، وقد أشار إلى ذلك الباحث كثيراً ، ولا التفكير الإنسانى لماسلو وتساعد

المدافع، (وإن كنت أحب أن أشير إلى أن مدرسة علم النفس  
الإنسانى بصفة عامة كان يغلب عليها التنظيم دون الطريقة  
الملاجية المحددة) ... أو علاج إحياء للعنى لقرانكل ، ..  
إلى آخر كل من حاول فهم الإنسان جزءاً أم كلاً ، قطاعاً  
مستعزاً أم طويلاً دائم التطور ليجتمع كل هذا فى فاعلية  
متلاحمة ليصنع فكر ووجود المعالج الذى هو - فى البداية  
والنهاية - العلاج .



ثالثاً : علاقة هذا العلاج ببعض المدارس الفلسفية :

كان العنوان الذى سطرته فى المسودة هو « علاقة هذا  
العلاج بالفلسفة » واعلمه ما زال أقرب إلى ، ولكن لأنى  
أتقدم إلى هذا الحديث متردداً وجللاً ، فقد فضلت أن أستبدل  
بكلمة الفلسفة تعبير « بعض المدارس الفلسفية » كدخول متواضع  
لأزجل فتح النار على بعض الوقت ، فأنا أنتظر أن يأتينى  
المجوم من أكثر من مصدر ، بل من المصدر وتقيضه أى

من محبي الفلسفة، ومن رافضيهي معا (أو بالأصح الخائفين منها)،  
أما محبوبها فقد يثارون حين يتصورون أن شخصاً مثل  
 - بقصوره وتقصيره - قد دخل محرابهم بلا استئذان وبلا  
 استعداد كاف، والحقيقة أني ما دخلت محرابهم دعياً  
 أو متخطياً ولكنهم أول من يعلمون ثمن الرؤية ..  
 وضريبتها .. وعيها ومصير حابسيها، وقد أكون في هذا  
 السبيل مجرد خادم طفل يحمل الماء المقدس بمحرابهم إن  
 رضوا ..، أما الفريق الرافض (أي الخائف) فأغلبه من  
 الزملاء الأطباء وكثير من علماء النفس الذين ستثور  
 حساسيتهم (بالمعنى الطبي الهادي Allergy) عند ذكر  
 كلمة فلسفة ... ولسان حالهم يقول « ما لهذا الهدي يريد أن  
 يرجع بنا إلى الغموض والتعقيد .. ونحن ما صدقنا أن  
 وجدنا العمل والتعديد » ؟ وأحاول أن أذكر زملائي  
 الأطباء بقول أينما أبي قراط « أن كل ما يصلح للطب  
 يصلح للفلسفة وما يصلح للفلسفة يصلح للطب ... الخ »



ولكنى أكاد أسمعهم يرددون أن هذا كلام قد مضى عهده  
واسأل أجهزة الأشعة والتشخيص الصوتى ... الخ فالتفت إلى  
علماء النفس الرافضين لأذ كُرم أن هذا البتر التصفى بين  
علمهم وبين الفلسفة قد جنى على الاثنين فيأتينى الرد تخيلاً  
« .. بل هو ارتقى بمسلم النفس إلى العلوم المحددة  
Science Exacte » وأكاد أسمعهم يكلمون « وترك  
الفلاسفة في غيابات التأمل » ، ولا أطيل بمد هذه المجالة  
الضرورية ولكنى أقول أنه بالرغم من هذا وذاك فلا بد  
من قول كلمة أعتقد أنها الحق الشخصى فى هذه الآونة .



فقد عرفت الفلاسفة من ممارسة مهنتى - وأنتذر لأهلها  
كافية - ووصلت إلى بعض مسائلها مواجهةً ، ومحاولة حل  
من خلال نمطى سرهاى وهم يقدفون فى وجهى بمشاكل  
الوجود والضرورة وأنا لا أجرو أن أسمى هذا أو ذاك  
بالعرض الشائع « أفكار شبه فلسفية » ، بل إنى توصلت

من خلال حوار حي معهم وتفاعل وتجارب بشرية إلى بعض مفاهيم كان لا يمكن أن أصل إليها من خلال القراءة مهما بلغت ، ( ومنها مفهوم الديالكتيك كما سيأتى بعد ) . إذاً فأنا قد فرض على أن أقرب من هذا المحذور فرضاً ، لا للتباهى أو الادعاء .

هذه واحدة ، أما الثانية فترجع إلى تعريف الفلسفة ذاته ، حيث يتصور كثير من الناس كل تصور عن ماهية الفلسفة إلا حقيقتها ، وقضية تعريف الفلسفة قضية طويلة ، هل هي الحكمة أم حب الحكمة ، وهل هي دراسة المعارف أم أصل المعارف ، وهل هي علم الوجود أم علم الموجودات أم ليست علماً أصلاً ، وهل هي دراسة القيم الجزئية أم دراسة الفسق الفكرى المتكامل أم هي النشاط العقلى ذاته ، وهل هي معرفة الواقع أم ما هو ليس واقع ... إلى آخر هذه الحيرة الخفية ، ولكنى خرجت من هذه الهامة بإيماني بثلاث حقائق أو آراء .

أولاً : أن حب الحكمة غير ادعاء الحكمة ، وأن الفلسفة  
غير التفلسف ، وأن كل ما يمكن أن نتعلمه ونعلمه هو  
التفلسف وليست الفلسفة ، وبالتالي فالذى يصعب علينا  
هو التفلسف والذى يخيفنا هو الفلسفة .

ثانياً : أن قول أحد الوضعيين المنطقيين مؤخراً  
« .. إن الجمع بين العلم والفلسفة أصبح ضرورة لا غنى عنها ،  
وأن النصل الذى تم بينهما فى غضون القرن التاسع عشر كان  
له أسوأ النتائج على العلم والفلسفة على السواء » هو قول  
أصدق ما يكون على علمنا هذا .

ثالثاً : أن معرفة الفلسفة هى ممارسة أساساً ثم تنظير  
لاحق ، وأنه بغير احتمال شجاعة هذه الممارسة فإننا سنمارس  
عملية عكسية هى وأد كل محاولة فلسفية متواضعة لحساب  
الشعور بالنقص والخوف (ولا أنسى أستاذنا محمد كامل حسين  
وقد وقع فى قبضة عملاقنا العقاد ينعت به بالمجبرأتى لأنه نجراً  
وكتب رؤيته المتواضعة فى « وحدة المعرفة » ) .

وأخيراً — ومن واقع مهنتي لا بد أن أوضح رؤيتي  
كقائمة تبرر ما أنا مقبل عليه من ربط الفلسفة (لا التفلسف) بهذا  
العلاج ، فأقدم مفهوماً خطراً يبالى كطامل حامل الساء المقدس  
لأهله .. ليس إلا :

« الفلسفة هي المحاولة المستمرة المتجددة للحياة الفاعلة  
في اتجاه معين ، في لحظة ما .. إذ يتغير هذا الاتجاه دائماً مع  
استمرار المحاولة .. ، ويصحب ذلك عادة درجة من التنظير  
المعرفي مع احتمال مخاطر الخداع اللغوي عند التعبير لنقل هذه  
المحاولة إلى الآخرين .. ، كما يصحبه دائماً تأليف مستمر بين  
متناقضات الوجود وتجميع مبسط لجزئيات المعلومات  
(أو العلوم) في مبادئ أولية بسيطة ، تتفق مع الاتجاه الآن ،  
وقد تتغير بتغيره .. » .

إذاً فالفلسفة مرادفة عندى للحياة الفاعلة للإنسان  
إذ هو متناه يسمى إلى اللا متناه مستعملاً في ذلك مكانه

التطورية وخاصة الرمز والتجريد والإبداع في رحلة وجودية  
صبرورية معرفية مغامرة .

فإذا تأملنا هذا الذي انتهت إليه وراجعنا هذا البحث  
في أناة لوجدنا أبطالنا جميعاً فلاسفة ( بالممارسة ) ، وكل  
ما يخصهم حقهم هو أنهم أجهضوا المحاولة بالفشل والعجز  
والشكوى إذ ظهرت الأعراض وجاءوا يطرقون باب  
العلاج . . ، ولإني إذ ألقى بهذا القول بهذه الدرجة من  
الوضوح لا أجد تعارضاً بينه وبين ما قلت في فقرة التزامي  
ولإيماني بالتفكير العضوي البيوجي ، بل على التقيض من  
ذلك أجده مكلا له تماماً ، فإني أعيش على أمل أن يتفلسف  
الأطباء وهم يخطون خطواتهم المتواضعة في الحياة اليومية  
العملية بمعارفهم العضوية الثرية من كيمياء وطبيعة  
وفسيولوجي . . . الخ ، وأن يخوض الفلاسفة دنيا البيولوجي  
في غير تردد ، وقد فعلها منهم الكثيرون وأثروا معارفنا  
الطبيعية والرياضية بلا حدود . . .

وقبل أن أدخل في موضوعنا مباشرة أشير أخيراً إلى  
أنى تصورت يقيناً أن أغلب الفلاسفة عبر القرون كانوا يحملون  
بمعنى للأفكار : يحققون فيه أفكارهم ويتحققون منها  
ويؤادون غيرها ما أمكن ، كما أن بعضهم قد تمثل أن هذا  
العمل هو الحياة العامة - والسياسية بالذات مثل حلم أفلاطون  
بالملك الفيلسوف (ومحاولاته) وكذلك محاولات الماركسيين  
مؤخراً . . . ، وأعتقد أن كثيراً مما أصاب الفلسفة على أيدي  
أبنائها كان نتيجة للحماس لهذا الحلم وللتعجل في تحقيقه .

وقد كادت الفلسفة كبحث في الوجود أو القيم وتعريف  
بالإنسان أن تنهى على أيدي الذى خدعوا في العملية  
السطحية من سيكون إلى الوضعين المنطقيين ، إلى علماء  
النفس ، ورغم ذلك فإن في هذا وحده دليل على إلحاح هذا  
الحلم ، ولكنى لا أزال أرى أن حلمهم ما زال قابلاً  
للتحقيق ولكن ليس في معمل المواصفات الشائمة الآن ،

ولا في تجربة سياسية اقتصادية شاملة لن يستوعبها الأغلب  
وقد يشوهونها تعجلاً أيضاً .

وأكد أقول أني أثناء هذا العلاج قد خيل إلي أحياناً  
أنني في مثل هذا للعمل ، بل تطور تصوري أنه ليس معيلاً  
لاختبار الأفكار فحسب بل إنه مصنع أيضاً لممارسة هذه  
الأفكار . . أو مصنع للفلسفة ( بالمعنى الأعرق ولكنه  
لا ينبغي أن يكون مفضياً للمفلسفين بحال ) . . . وكنت  
أرجع دائماً ومباشرة إلى مقاييس المحددة (زوال الأعراض ،  
والإنتاج والتكيف والالتزام . . الخ ) ، وقد لاحظ  
بعض المترددين ذلك وهاجوني بشجاعة وصراحة بشأنه  
وأنهم ليسوا إلا قتران التجارب ، ولم أنكر ذلك ولم آخذل  
عن مسئوليتي ، ولكن ردي كان « أن الفلسفة قد فرضت  
علينا لظهور الأعراض ومجيشكم ، وبالتالي فليس أمامنا إلا

للمواجهة حتى وإن شملت التجريب . . وعلى من ينسحب

أن يفعل ذلك على حسابه . . . ولحسابه . . .

هذا عن علاقة هذا العلاج بالفلسفة من حيث هي الحياة وهو ما يخص العنوان الذى ألقيته (والذى كان فى المسودة) فإذا عن علاقة هذا العلاج ببعض المدارس الفلسفية كما أصبح العنوان بعد التعديل ؟ .

ذكر الباحث فى نهايه بحثه أن روح هذا العلاج الكامله يغلب عليها الفلسفة الوجودية من جانبها الايجابى ، والحقيقة أن هذا هو الإيماء الذى يتبادر إلى الذهن إزاء هذا الاتجاه العلاجى بصفة عامة ، وأكاد أشعر برفض جزئى لهذا التصنيف . . . ( الذى امتد إلى مجالات أخرى من نشاطى الفكرى حيث وضعى استاذى الدكتور عسكر ذات مرة فى هذا الاتجاه . . . وكذلك وصفنى من قرءوا روايتى « المشى على الصراط » . . . الخ ) .

ولا بد أن أناقش هنا مدعاة رأيهم ومصدر اعتراضى ، فهذا الباحث ( وغيره ممن علق على اتجاهى فى المهنة وغيرها )



لهم كل الحق حين ينظرون إلى القضية التي أتناولها من خلال ممارساتي أنها قضية كيانية تتعلق بالوجود وجوهره ، وهذا صحيح حتى أني أتجهت في مرحلة من تفكيري ( حيرة طيب نفسي ) إلى تصنيف الأمراض النفسية إلى أمراض كيانية ( وهي مركز اهتمامي ) وأمراض تكيفية ( وهي على هامش اهتمامي ... ) .

وأول احتجاج مني هو أن الفكر الوجودي يبدأ من مقولة الوجود قبل الماهية تأكيداً للاختيار وأن الانسان صانع نفسه ، ولكني قد أشرت فعلاً ( وخاصة في مناقشة مدرسة «العلاقة بالآخر» ) أني أضع الماهية الكامنة أساساً لما يحدث فيما بعد ، وكان الوجود يحور الماهية بشكل محدود يتفاعل المكان والزمان معاً ولكنه لا يصنعها ابتداءً ، وقد بلغ من إيماني بهذا الاستعداد القَبلي أني أصبحت قبل في هذه الشأن فكر ماسلو الذي اتهم بالعودة إلى إحماء نظرية

الفرائز فيما أتهماء « فريك » في حوارهِ معه « النظرية شبه  
 الفسائرية Instinctoid Theory ... » ، وأنا أميل إلى  
 إحياء مفهوم الفرائز فعلا على أساس اعتبارين ، أولا : إيماني  
 بالتطور وأن عادات اليوم هي غرائز المستقبل وغرائز اليوم  
 هي عادات الماضي ... الخ وثانيا : إيماني بواقع الإنسان  
 وقدراته المحدودة في عمره الفردي رغم قدراته غير المحدودة  
 في تاريخ نوعه .. ، وبالرغم من هذا فقد فضلت أن استعمل كما  
 ذكر الباحث تعبير « إمتداد الذات » Self expansion (الذي  
 استعمله أريتي) عن تعبير « تحقيق الذات » Self actualization  
 الذي (استعمله ماسلو) ، ذلك لأنني بالرغم من يقيني أن الوجود  
 يحدد مسار الماهية ولا يصنعها ، فاني لا أوافق أنه يحقق الماهية  
 وإنما هو يطلقها للامتداد بل للوافة الأعلى .. وكانت المشكلة  
 التي تعينني وتعدد نوع ممارستي ليست مشكلة الوجود بمعنى أن  
 أن تكون أو لا تكون To be or not do be ولكن لكنها  
 مشكلة الصيرورة To be or to become ، ولكن الصيرورة

لا تصل محل ضرورة تحقيق الوجود أولاً ولكنهما تنبع منه، لأن  
التفكر إلى الصيرورة دون تحقيق الوجود مهرب من مواجهة  
المشكلة الأولى للوجود، وكذلك الاكتفاء بتحقيق الوجود  
أملاً في الانطلاق التلقائي قد يوقفنا في خدعة «المنها والآن»  
بعيداً عن الاسهام بمسيرة التطور طويلاً في التاريخ وعرضاً  
في الناس .

فإذا كان هذا العلاج ليس وجودياً في روحه كما ذهب  
الباحث واسكنه وجودي في آثره - ضروري في مدنه، فإن  
الطريق إلى تحقيق غايته هو طريق الجدل إلى المستمر ...  
(وسأرجع إلى معنى الجدل لاحقاً) .

وهنا أتوقف قليلاً قبل أن أشتطرد لأسمع همس الأطباء  
(الميليين) القائل: أين العلاج النفسي الجارى أو غيره من  
كل هذا ؟ ...

والتساؤل الثانى : ألا يشوه هذا التنظير الفلسفى

مسيرة العلاج النفسى ويخرجه عن هدفه ، أو يفرض عليه

ما ليس له ؟

وقرد على هذين التساولين الهامين أقول :

١ — إن هذه المشاكل السكانية والصيرورية موجودة عند الشخص المادى وهى ليست مشاكل خاصة بالفلسفين أبداً .

٢ — إن المرض النفسى — وهذا النوع بالذات الذى تمثله هذه المجموعة — فى تقديرى هو مواجهة عنيفة غير محسوبة (مدرجة الإخلال) ، مع هذه المشاكل الحية التى يعيشها الأسمى أو المتعلم على حد سواء .

٣ — إن وعى العلاج بها ومعايشتها هو ممارسة الفلسفة ، أى الحياة ، ولكن الوقوف عند عقلنتها — وهو مفروض بكل وسيلة كما بدا من جلسات العلاج — هو الخطر الحقيقى على مسيرة العلاج ..

٤ - إن وعى للعالج بها ، وتحديد موقفه منها ، هو السبيل الوحيد لإثارة وعى مقابل من جهة المرضى يساعد في تحديد موقف مسئول تجاه ما فرضته التغيرات البيولوجية المتعلقة بالنمو واستثارة الوعي .

٥ - أن المتبع لما جاء في الجلسات يتضمن هادئاً يجد أن مسيرة العلاج النابعة من المشاكل المطروحة وكذلك قواعد العلاج التي استنتجها الباحث تتصل اتصالاً مباشراً بمشاكل الفلاسفة الحية ، التي إذا كنا قد نجحنا في الحرب منها فيما يسمى العلم ، فإن هؤلاء المرضى جاؤوا يذكروننا بها من واقع مأساة وجودهم ، وليس أمامنا إلا أن نواجه مسئوليتنا تجاهها ... أو أن ندمعهم وننفهم هرباً عما يمكن أن يثيروه مما هو داخلنا فعلاً حتى لا يهددونا بالرؤية أو يدفعونا إلى المحاولة .

٦ — إن الأعراض التي جاءت بالمرض إلى العلاج كانت تزول أو تهدد بالزوال على الأقل بمجرد إرجاعها إلى أصلها وهي مشكلة الوجود أو فلسفته .

٧ — إن المشاكل التي أثرت طوال الجلسات المروضة ، والقواعد التي اتبعت لم تعتمد ترجيح فلسفة بذاتها أو تلزم المعالج أو أحد المترددين على رأي محدد بقدر ما أثارت أغلب وجهات النظر الفلسفية المعروفة في بساطة دون أن ترجعها إلى أصلها الفلسفي بلغة مفترية بحال من الأحوال . وذلك خوفاً من العقلنة ( أو بلغة هذه الفقرة : إحلل الفيلسوف مكان الفلسفة ) وأورد هنا بعض الأمثلة التي تؤيد هذه الفقرة ، ولكن على من يريد من القراء أن يبحث بنفسه فإنه لا بد واجد طوال البحث غيرها كثيراً بشكل مباشر أو غير مباشر ونورد هنا عدة أمثلة في شكل تساؤلات تقريرية :

( أ ) ألم يلاحظ المتتبع للمناقشات ما يشبه مبدأ « التهم والتوليد » الذي اتبعه سقراط للوصول إلى الحقائق ، وقد

ظهر هذا جلياً في رفض الإجابة على الأسئلة أحياناً وقلبها  
جلاً إغبارية أحياناً وفي طرح أسئلة مقابلة أحياناً أخرى .

(ب) ألم يبد جلياً أن العلاج كان يهدف إلى تأكيد  
افتراض أن لكل مشكلة جانبيين يكادان يتساويان في  
القوة وأن علي الفرد أن يفحصهما من خلال العلاج ليرجع  
أحدهما في مرحلة ما ، وأن الدفاع عن كل منهما بنفس القوة  
كان يتم من خلال المناقشات ، والانشطائر ، والسيكودراما ،  
أفلا يقترب ذلك مما جاء في محاوره بارمنيدس حيث يقول  
أفلاطون « إن لكل مشكلة جانبيين ويمكن الدفاع عن  
أيهما بمثل القوة التي تدافع بها عن الآخر » .

(ج) أليس في مبدأ رفض الثروة والجلد العقلي (الهرطقة)

الذي تقر في كل جلسة تقريباً "No Gossip principle" ما يقابل  
الفقد الموجب ، للفسطائيين عندما ذهب فكرهم إلى درجة أن  
أصبحت غاية التفكير هي الاتصاف على الآخر وليس  
الوصول للحقيقة ..

(د) أليس في الهجوم على الموقف المحكى لأحد الأفراد Judgemental Attitude ما يؤيد ، ولو بدرجة طفيفة موقف الشاك يرون حين يؤكد أنه : لا مجال للحكم على شيء ، بل لعل وراء موقف بعض البيرونيين المتطرفين الذى وصل إلى رفض الكلام نهائياً ما دام الحكم لا قيمة له .. لعل هذا الموقف الغريب فيه إيماء ضمنى للتواصل دون كلام الأمر الذى أثير فى المجموعة وناقشه الباحث بوضوح .

(هـ) أليس فى التأكيد على الحرية والاختيار والمسئولية ما يؤكد المبدأ الأساسى فى الفلسفة الوجودية وهو أن الوجود يخلق نفسه باستمرار ، وأن الانسان هو حريته .

(و) أليس فى محاولة الانتقال من الحب الفردى والعلاقة التكافلية المعطلة إلى حب الآخرين دون تمييز ما يشير إلى موقف أفلاطون من الحب ، ذلك الموقف الذى أسوء فهمه أشد الإساءة . بزعم أنه « عذرى » أو « مثالى » .. الخ



(ز) أليس في مبدأ « أنا - أنت » ، وصى المجموعة في إصرار إلى كسر التوصل حول الذات ما يؤيد أن الوجود الفردى لا بد له أن يتناسق مع الوجود العام ، الأمر الذى ناقشه هيدجر تحت مفهوم « التواصل » وباسبرز تحت مفهوم « الأنث » .

(ح) أليس في التأكيد على ضرورة خوض تجربة حية كأساس لشفاء أى للنمو والتغير ما يقابل رأى جابريل مارسيل في ضرورة العودة باستمرار إلى تلك الخبرة الأولى..

(ط) ألم نشاهد في الجلسات تكرار محاولة « البداية الجديدة من تجربة حية » بما يزيد الرأى الوجودى المقابل سواء كانت تجربة مفاسدة لإظهار الضعف والاعتماد (ما يقابل هشاشة النفس عند باسبرر *La Fragilité de l'être*) أو تجربة سقوط المدفعات القديمة قبل ظهور البديل أى الاقتراب من للأزق ( ما يقابل الغثيان *La nausée* عند سارتر ) . ٩.

(ي) أليس في إعلان الحاجات اللذية للسكان الطفل  
أو أحياناً الوالدى- بلغة إريك يرون- أوهما معاً إذ يتلوفا..  
ما يعلن اتجاه المدرسة الأبيقورية في تقديس مبدأ اللذة . ؟

(ك) ألم نستشر ظهور مبدأ البراجماتية في كل آن ،  
لإرجاع كل مسار العلاج إلى الواقع العملى، ومثال ذلك حين  
تُرفض البصيرة العقلانية ، ويصر المعالج والمجموعة على الوصول  
إلى البصيرة الحقيقية التى تستقر فى القلب ويصدقها العمل ..  
أليس فى كل ذلك ما يؤكد المبدأ البراجماتى من أن الفكر  
غائى بطبيعته ، وأن المعرفة لا ينبغى أن تكون إلا أداة فى  
خدمة العمل ... ؟

(ل) أليس فى محاولة تصعيد الإدراك لدى أفراد المجموعة:  
من استقبال الآخرين والأشياء باعتبارهم «موضوعات ذاتية»  
Self/object إلى استقباليهم باعتبارهم « كيانات موضوعية »  
Real object ، مابقى بنا دون هوادة فى خضم نظرية المعرفة

Epistemology بأمواجها المتلاطمة بين المثالية والواقعية وقد استعمل الباحث هذه التعبيرات ببساطة لأنه استقاها من مصدر من مصادر التحليل النفسى، ولكن وراءها ما وراءها من إثارة مشا كل معرفية رهيبية، إلا أن استقبال المرضى لهذا التحول كان سلساً دون تنظير، مما يدل على أن « التجريب الفلسفى » ممكن بالصورة التى صورتها فى أول هذه الفقرة، بل هو قد أكدلى فعلاً تطور الإدراك من الذاتية إلى الموضوعية ليس فقط بالطريقة التى اقترحها « كانت » فى مثاليته النقدية ( التى لم أفهمها إلا من خلال نظرية تنظيم المعلومات للعقل الالكترونى Information processing theory) ولكنها أقرب ما تكون - أيضاً - إلى تصاعد مراتب الوعى عدد هيجل فى ممارسة تجريبية عملية ..، وقد كان هذا يتم تحت فاضلى فى انهيار مذهب ( هذا هو الإنسان فى أصول وجوده وحركة صيرورته II) .

(م) وأخيراً وليس آخراً : أليس في ما يجرى في هذه المجموعة ما يؤكد ، بل ويحقق فكرة الديالكتيك كأساس لمسيرة التطور كما نادى هيرقليطس إلى هيجل فاركس ؟ وقد ذكر الباحث إشارات متتالية إلى ما أسماه مرحلة الولا ف Synthesis .



إذا ... نحن لم نفرض مشاكل الفلسفة على العلاج ، ولكن العلاج هو الذى أحيانا مشاكل الفلسفة في نفوسنا ، فكيف نهرب منها حتى تحت وهم تلخيص كيميائى أو عضوى ( رغم تأكيدى : نية إلى أنه لا تناقض بين إثارة مشكلة فلسفية حقيقية وبين تغير كيميائى سابق أو لاحق .. بل إن النظرة الأعمق تؤكد ضرورة هذا التلازم .. ) .

وقد قدم البحث — من خلال هذا العلاج — ما أسميناه « بالتجريب الفلسفى » ( وسيظهر هذا جلياً في عمل

لاحق حين أنشر جلسة بكل ما دار فيها من تفاصيل )  
وهذا التجريب بالمعنى الخاص به يحقق بعض المقولات الفلسفية  
مثل ضرورة الجدل الحيوى كأساس للنمو ، وينفى بعضها  
مثل قدرة الهيدونية الأبيقورية على الاستمرار ، ويحدد مرحلة  
بعضها مثل صلاحية الفلسفة البراجماتية كمرحلة عاجلة قبل  
الانطلاق إلى برجماتية تطويرية أعمق وأبعد امتداداً على  
مستوى النوع كله ... الخ ... وإذا كان علم النفس التجريبي  
قد حدد تعريف التجربة في إطار لم يسمح إلا بدراسة جزئيات  
السلوك في الحيوان أكثر من الإنسان فإنى أدعو إلى فتح  
الباب لمواجهة مشكلة البشر تجريبياً على مستوى أكثر  
مسئولية وأشرف معاناة ..



أما بالنسبة لموقف الشخصى وكيف يمكن أن أوائم بين  
رؤية أو معاشة فلسفية محددة وبين وظيفتى العلاجية المنقوحة  
فإنى أجد نفسى ملزماً بإعادة ماسبق أن كررته مراراً ، وهو

أن تجد هدف وجودى ، والهدف النهائي من تصورى  
لوجود الآخرين ، بل والطريقة التى يمكن أن توصل إلى هذا  
وذلك لا يعنى بحال من الأحوال أن أى مرتبة دون ذلك  
مرفوضة أو غير صالحة لأن تسمى صحة نفسية ، بل بالمعكس  
فإني أعلنت أن « كلهم أصحاء » ما دام التوازن  
على أى مستوى « ثم ( وذلك فى نظريتي عن مستويات الصحة  
النفسية ) ولكنى أقول : إن على من يتوقف ؛ أن يفعلها  
بمحض إرادته وعلى مسئوليته ويدعى ، وبالتالي يصل إلى  
توازن شخصى .. بل وبقي نفسه من تطلع جديد مهدد ،  
اللهم إلا إذا استعد له استعداداً أفضل ، وهذا يحدث  
بالنسبة للذين انقطعوا عن العلاج فترة تزيد عن سنة ثم عادوا  
لا بسبب ظهور الأعراض .. ولكن « ليكملوا » ، على حد  
قولهم ، وقد جاءت أمثلة عديدة لهذا الموقف فى هذا البحث .  
وموقفى من العلاج كما أعلنته هو أنه « إعادة إحياء  
ديالكيتيك النمو » وهو مرتبط برأى فى النمو النفسى الذى

خططت له وبدأت كتابته عن « دياكتيك الجهاز العصبي  
وفض الحياة الإنسانية » ( راجع أيضا الجزء الثاني ) وأكاد  
أقول إن فهم « إحياء دياكتيك النمو » لا يتم إلا بمعرفة  
ماهو الديالكتيك أصلا ، الأمر الذي يخرج عن هذا المجال  
في تقديم هذا البحث ، إلا أن الباحث ذكر في أكثر من  
موضع أن هذا المريض أو ذاك قد وقف مضطراً لاختراق  
صعوبة ضرورة الولا ف الأعلى Higher Synthesis ، والحق  
أقول أن الباحث لم يرجع لي في هذا الاستنتاج يستوضحه ،  
وبالنسبة لم أجد ما يدعو إلى مساءلته إن كان يدرك حقيقة  
ما يتصوره أم لا ، وإن كنت لا أعتقد في هذه المرحلة من  
نموه أنه يلم تماماً بعملية التبدل إلى الدائرة والضرورة  
لمسيرة العلاج والحياة جميعاً ، ..



وبما أن هذه الفكرة هي عصب موقفي العلاجي والحياتي

مما (ولا يمكن فصلهما كما يتنا) فإن أضعها ضمن « رؤوس  
الموضوعات » التي أأزم نفس بتقديمها في هذه الرحلة من  
بداية تحديد فكرى فأقول :

حين قدمت أفراد المجموعة قلت أنهم علمونى أن الإنسان  
« .. هو الكائن دائم المحاولة الواعية إلى الرقى ، رغم  
وعيه الآنى بضرورة الاستقرار المرحلى ، وهذا هو أول مراحل  
مواجهة الموقف الإنسانى المتناقض .. » وبالتالى المتطلب  
للولاف على المستوى الأعلى ..

فالتطور حتمى من حيث المبدأ ، ولكنه لا يشمل  
بالضرورة كل أفراد النوع ، وإلا لا تفرض كل ما هو  
دون الإنسان من أول الفيروس إلى التردة العليا ، وهذا  
ينبها إلى أن المسيرة طولية تتغير فيها الأجناس ، وعرضية  
في نفس الوقت يتكاثر فيها الجنس بنفس نوعيته ، والبقاء  
إذا ليس للأصلح ولا للأقوى ، ولكن البقاء ، بالنسبة للقطاع  
المرضى ، للأهرب (الذى تجنب مواجهة تفهظ ظروف البيئة



بالمرب منها) أما بالنسبة للقطاع الطولى فالبقاء للأقدر ،

(الذى استطاع أن يستوعب هذا التغير ليتغير من خلاله ويغيره معاً ليصنعا ولأفاً جديداً فى الإطار الكلى بلائم ظروف النوع الجديد) والإنسان ، بما أنه الكائن الذى نعرف أنه قد حمل أمانة الوعى ، يعرف ذلك بدرجة تختلف وصولها إلى وعيه حسب مرحلة تطوره ، وهو يحاول أن يسير فى الانجهاين معاً (بالتناوب عادة) بالتلاحم سرّة والجدل أخرى.

والمرض النفسى (العنلى خاصة) - عندى - هو بعض

مضاعفات هذه المسيرة وهذا التناقض للتصادم ولا يمكن أن نفهمه ، ونساعد بالتالى فى علاجه ، إلا إذا ارتبطت الحلقات ببعضها ، بمعنى إذا فهمنا تطور الحياة ، الذى هو تطور الفرد فى نموه ( قانون هيكىل أو القانون الحيوى ) ، الذى هو تطور الفرد فى «اندفاعات التطور» ، التى أسميتها من قبل بالما كروجنى ، الذى هو تطور الفكرة فى جزء من ثانية ( الليكروجنى الذى أشار إليه أريتى ، وهو قد يقابل - عندى -

تطور وهي الفكرة عند هيجل)، وفي كل مرحلة من هذه المراحل فإن الذي يؤكد استمرار السيرة هو نجاح ما أسميته الجدل الحيوى أما الذى يعلن ظهور المرض والأعراض فهو فشل هذا الجدل الحيوى . . . ومن ثم احتمال التراجع أو ما يسمى بالتكيف على المستوى الأدنى      *Adaptation at a lower level* وأظن بذلك أننا دون أن نفهم طبيعة هذا الجدل الحيوى ونعائشه سوف يصعب علينا إنجاحه ، علماً بأن إنجاحه هو هدف هذا العلاج قيد البحث . . . وربما هدف الحياة .

وأنا أعترف أن استيعاب واقع الجدل أمر شديد الصعوبة ما لم يمارس فملا في خبرة ومعايشة ، وأعترف أنى وصلت إليه من احتكاكى بهؤلاء الناس ونفسي قبل أن أقرأ عنه ، وأعترف أنى عذرت كل من شوهه أو تشوه من خلاله ، فليس الجدل حواراً عقلياً كما يتصور البعض ( وربما كانت الترجمة مسئولة عن هذا الخلط عند العامة ولذلك أفضل استعمال الأصل اللاتينى

« الديالكتيك » ) ، وليس الديالكتيك صراع ضدين بمعنى « الصراع » Conflict وليس الديالكتيك حلا توافقياً وسطاً بين المتصارعين ، وليس الديالكتيك احتواء أحد المتصارعين للآخر ، وليس الديالكتيك مبرراً للحفاظ على سلبيات الحياة لاستمرار التناقض ، ولا يسمح الديالكتيك باتفاق ودى يتم لحساب تبادل الأدوار وتناوبها بين المتناقضين ، ولا يتم الديالكتيك بمحاولة إلغاء أحد المتصارعين وإفكاره .. وهذه البدائل جميعاً تصف علاقة اثنتين أو جزئين مختلفين أو متضادين ، ولكن العلاقة الديالكتيكية هي أخرى من كل هذا وأشد حيوية ومغامرة .

وقد ألفنا أن نتحدث عن النفس بمعنى نشاط المخ

أو بمعنى رمزى بلا تحديد .

أو بمعنى دينامى على أساس وجود قوى متصارعة مع

بعضها .

ولكننا لم نتمود أن نتحدث عنها بمعنى الذاج النامي  
الفايض الممتد لحركة النمو الديالكتيكي للجهاز العصبي في  
احتكاكه المستمر بالبيئة ( وخاصة بالآخر الإنسانى )  
وهذا هو تصورى لماهية النفس ..

أما ماهية الديالكتيك فإنى أجد من الصعب على  
أن أنقلها كما عايشتها فى كلمات ( وأظن أن هيجل قد ظلم من  
خلال هذه الصعوبة كذلك ) ولكن الضرورة تلزمنى بالقول :  
« إن الديالكتيك هو حركة المواجهة المتلاحمة الحية  
الصادقة بين الأضداد .. التى إذا استمرت فى حيوية لوقت  
كاف .. دون أن تقضى على الكائن الحى ( أو على الشعب  
أو على الفكرة ) فإنها قادرة على تفعيل هذه الأضداد فى كل  
جديد أكبر من مجموع أجزائه ، وبالتالي فهذا الكل الجديد  
ذو نوعية جديدة وقوانين جديدة ... »

إننا فالديالكتيك الحى ليس فيه غالب ومغلوب ، بل ولا  
سلب وإيجاب ، بل ولا حسن وسيئ ، وإنما أدنيان إلى أرق.

ونجاح الديالكتيك هو في أن يكون الكيان الجديد تمثيلاً واستيعاباً لكل من الكيانين السابقين معاً ، وهو أمل النمو النفسى باستمرار .

ولاشك أن هذه الفكرة قد خطرت كأمل عند المفكرين الإنسانيين في علم النفس بل وكرحلة طبيعية في نمو الشخصية ويظهر هذا واضحاً في تفكير ماسلو ، وحديثه عن مرحلة اختفاء الاستقطاب بين المنطق والنزوة ، بين الوسيلة والغاية ، بين الأمانية والآثرة .. الخ ما هو إلا حديث عن حل هذا الاستقطاب *Resolution* وهو حين يتحدث عن الولا ف *Synthesis* يتكلم عن الاتحاد التماو في *Synergic Union* ولكن الذى أعنيه هنا ليس تكرار ألفاظ هذا الأمل ولكن تفسير حقيقة طبيعته بخوض التفاعل الديالكتيكي ( لا مجرد الاتحاد أو التعاون ) ، ثم الإشارة إلى أن الطريقة محددة العالم

والبيئة ( المحيط ) واضحة القوانين هي المناخ الذى يفتح لهذا  
الديالكتيك الحيوى أن يستمر تصاعداً .

والديالكتيك مراحل متصاعدة وكل وحدة أكبر  
من سابقتها - ولكنها وسط على الطريق - والوحدة تم  
جزئياً : بنجاح ديالكتيكي ، وجزئياً : باحتواء مؤقت  
للجزء المتبقى من ( الذى لم يتم تمثيله ) الضدين .

وإذا ما استقرت الوحدة الجديدة الأكبر ( التى تسمى  
الولاف الأعلى Higher Synthesis ) لفترة تؤكد فيها  
توحيدها ، فإنها قد تلفظ الجزء المحتوى داخلها ليلتحم بالتناقض  
خارجها وتبدأ صراعاً جديداً ... وهكذا .. وباستمرار هذه  
العملية وتكرارها يقل هذا الجزء المحتوى بعد كل نجاح  
أعلى حتى يتلاشى ( نظرياً ) وهنا يصبح الوجود مطلقاً والتكامل  
خالفاً واللاشعور منعدماً ... ( راجع أيضاً الجزء الثانى ) ،  
وبما أن هذا الهدف الأبعد هو هدف نظرى بالضرورة فالحركة

مستمرة نحو التكامل إلى أبعد مما نستطيع أن ندركه في حياة الإنسان المحدودة حتى الآن .

أما موقع المرض النفسي من هذه الحركة فكما سبق أن ذكرت إن : الأعراض هي مضاعفات الحركة التطورية

الديالكتيكية إذا ما فرضت على السكيان البشرى قبل أن

يستوعب المرحلة السابقة وقبل أن تكون قد استكملت

مقومات نمائها واستعدادها . ( راجع أيضا الجزء الثانى )

وبالتالى فيكرن العلاج النفسى هو مساعدة هذه الحركة

التطورية على إتمام هذه المرحلة من الولا ف الأعلى . . . .

أو على التراجع عن هذه المحاولة حتى تستمد وتستكمل مقومات

الحركة الناججة فى الخطوة القادمة .



وهكذا نستطيع أن نراجع طبيعة هذا العلاج قيد البحث

من خلال هذا المنظور بأن نعيد تأكيدها أنه ليس كبتاً ،

ولا قمأً وتعكماً ولا تصالحاً وتبادلاً بين أجزاء أو كيانات

النفس ، وإنما هو يهدف إلى تهيئة الظروف للمساعدة لإنجاح هذه الخطوة التطورية المهددة بالفشل .. وذلك للوصول إلى اللولاف على مستوى أعلى ، وهو يقوم بذلك من خلال الخطوات التالية ( بنفس الترتيب عادة ) :

( أ ) تحديد القوى المتصارعة ، وبيان مكوناتها ، من خلال التفاعل والبصيرة ، ولو كانت مجرد البصيرة العقلية مبدئياً .

( ب ) ثم فصل مكونات هذه القوى عن بعضها من واقع عمليات الانشطار والسيكودراما والتحليل التركيبي والتحليل التفاعلاتي .

( ج ) ثم إعادة مواجهة هذه القوى مع بعضها البعض ، بهدف آخر غير الصراع وهو إعادة تقييم التناقض والاعتراف بوجودها دون التسليم لتضاد نشاطاتها المعطّل .

( د ) ثم الحفاظ على استمرار هذه المواجهة وتصميمها بالدرجة التي تسمح بها دعامة المجموعة والمعالج .



(هـ) ثم إدراك فشل أى من الجانبين على حدة .

(و) ثم الاضطرار بالتالى إلى التعاون فالتفاعل بين كيانات الشخصية ، إذ أن الالتحام على مستوى أعلى ليس مطلقاً بحال ، بل يتفق مع إمكانيات الفرد ويثبته في هذه المرحلة بذاتها ، ويتم هذا الالتحام بقبول القوة الدافعة لكل كيان ثم إعادة توجيهها مع ضدها إلى اتجاه مشترك بما يقربهما من بعضهما حتى يلتحما في كلٍّ أكبر من أصل أجزائه .

وهكذا نجد أن هذا العلاج ليس ترجيحاً للأنا الفرويدى ، ولا للفنى التفاعلاتى ، ولا لللقائية الجشتالتية وإنما هو سعى إلى المرحلة الأعلى من التأليف بين كل هذا .

على أن الدليل الحقيقى على نجاح الولا ف الأعلى هو القدرة على إدراك أهمية تساوى الضدين المتصارعين رغم استمرار صراعهما ولكن فى اتجاه اثتلاف ، ويتمتع بالرياض

أحياناً في هذه المرحلة حين يدرك من واقع الممارسة العلاجية أن الشر لم يعد شراً صرفاً ، والخير لم يعد خيراً صرفاً ، واللذة لم تصبح لذة معطلة ، والأخلاق لم تصبح سجنًا لازماً . وهذا التغير النوعي ( التلقائي عادة وليس التلقيني ، والذي يكتشفه المريض أثناء تغيره ولا يسمى إليه مسبقاً ) هو الذي يؤكد مسيرة العلاج إلى انجماحه السليم وهو الولا ف الأعلى . ( ولكننا نحذر أن نخلط مفهوم هذا التفاعل الحي الأعلى ، بتميم الموقف بمفهوم هامد مائع لتبرير السلبيات ) .

وإن كنا هنا لا بد من أن نعيد إيضاح نقطة عامة وهي أن الهدف النهائي - وهو محاولة التكام ل - لا يعلن أبداً على المتعالجين ، وأن الممارسة الحية لهذه المسيرة من جانب المعالج أساساً هي التي تنقل طبيعة العلاج إليهم ، كما أن قبول المعالج لأى ولا ف أعلى ( أو حتى تراجع أدنى ) هو طبيعة حركة النمو اللولبية .

وما دام الهدف نظرياً وخفياً والمراحل متعددة ومختلفة بالنسبة لكل فرد على حدة ، والتقبل كاملاً دون تفرقة تصنيفية ، والاختبار من جانب المريض أو المتردد متجدداً بحضوره في كل مرة ، فإن التخوف من فرض تصور للعلاج ورؤيته للوجود البشري على المتعالمين يصبح تخوفاً مفيداً ولكن لا ينبغي أن يكون تحذيراً معوقاً . . .

\* \* \*

وبعد . .

فإني لا أجد مجالاً للاعتذار عن هذا التطويل في الحديث بلغة ليست مألوفة لدى المتعالمين ، إلا إن كان ينبغي علينا أن نمنع المرضى من الحديث بهذه اللغة أصلاً أو معايشة محتواها تحت عنوان أنهم يتكلمون كلاماً غامضاً شبه فلسفي . . فإذا فعلنا ذلك فلا بد — أمانة — أن نعبد تقييم موقف مهنتنا الحقيقي من مسيرة التطور والإسهام الحضاري .

## رابعاً : علاقة هذا العلاج بالسياسة والدين

لا يمكن أن أنهى هذه المقدمة دون أن أشير إلى  
موضوعين هامين شديدي الارتباط بالحياة ومن ثمّ بالعلاج،  
ولكنني استسمح القارئ عذراً في أن أوجز فيهما قدر ما يمكن  
لتطبيعتهما وطبيعة المقدمة :

### أولاً : السياسة :

وفي إيجاز أقول : إن من يمارس هذا العلاج ( معالجاً  
أو معالِجاً ) لا يستطيع بحال أن ينسلخ عن التفاعل السياسي  
اليومي ، إلا أنه قد يتعرض في نفس الوقت إلى رؤية احتمال  
أن بعض ممارسي العمل السياسي من أفراد المجموعة أو غيرهم  
قد يتخذونه مهرباً فردياً من مواجهة مشكلة وجودهم  
— وقد نوقش هذا الاحتمال في إحدى جلسات هذا البحث —

كما أن العكس صحيح ، إذ أن بعض الذين يركزون على مشاكل وجودهم من خلال أعراضهم قد يتخذون ذلك مهراً من الالتزام بالمشاركة الإيجابية مع بقية الناس ، وقد يعم العلاج رؤيته هذه دون تدبر ، وكل ما أستطيع أن أقوله هو أن هذا العلاج مرتبط بالناس أشد الارتباط ، ولكنه ليس عملاً سياسياً في ذاته ، رغم أنه يسهم في العمل السياسي بطريقة غير مباشرة إذ يعد إنساناً موضوعياً قادراً على الحكم والاختيار والمساهمة اليومية بالغة العادية المتواضعة ، وهذا العلاج لم يندفع وراء وهم طوباوى أغرى « إريك فروم » فترة من الزمن حين تصور أن إعداد الساسة ينبغي أن يتم من خلال كوادرات علاجية حتى لا تتيح الفرصة لهارب في السياسة من أزمة وجوده أن يستولى على سلطة تسمح له بتثويته نفسه والناس ، لأنى أعتقد أن للهرب في السياسة - إن صح التعبير - فوائده لعامة الناس ، والخوف من سلبياته لا ينبغي أن يدمغه ، أما الحد

من مخاطره فهو مقروك لقوى أخرى تتعلق بدرجة تطور  
حשב ما ، وقدرته على ممارسة حريته ومسئوليته ، وليس فقط  
لحكم معالج أو متعالجين في حجرة مغلقة .

وخلاصة القول أن العمل السياسي ضرورة ذات أهمية بالغة  
بالنسبة للمجموع رغم أنها قد تكون مهربا إغاثيا بالنسبة للفرد ،  
وأن من يحاول أن يواصل رؤية ذاته قد يصل إلى قبول  
التناقض حتى لا يعود قادرا على التشنج السياسي من خلال  
الاختلاف والحماس التعصبي ، ولكنه في نفس الوقت يصبح  
ممارسا سياسيا بالضرورة بمعنى ارتباط حياته وفعله وأمله  
ويومه وغده بالمجموع مباشرة .

ثانيا : الدين :

أعتقد أنه يلزم للحديث عن هذا الموضوع الحماس اللازم  
بحقيقة أبعاد أهمية :

أولاً : التصوف الحقيقي - غير الانعزالي - ومسيرة النمو  
الفردى من خلاله .

ثانياً : التجمع الصوفى وأوجه الشبه والاختلاف بين  
علاقة المريد بالشيخ وبين ما يجرى فى هذا العلاج .

ثالثاً : الدراسة المقارنة بين ما يدعو إليه الدين من  
« عامل مشترك أعظم بين الناس - عرضاً » ، « هدف غائى  
واحد - طويلاً » ، ( وجه الله ) ، وبين روح المجموعة وغايتها  
والأثر الإيجابى لهذا وذاك

رابعاً : الفرق بين الإيمان والتدين والطريق الموصل  
بينهما وعلاقة هذا وذاك بما يقابله فى هذه الممارسة .

والحديث عن هذه الأبعاد الأربعة ودراستها المقارنة  
يحتاج من الوقت والجهد ما يجعلنا نترك الأمر للمهتمين به ،  
لكن تقرر بعض الأساسيات الأولية التى اكتشفها فى  
نفسى وفيهم من خلال هذه الممارسة ، هو ضرورة مرحلة

ضمن الإطار العام الذى التزمت به فى هذه المقدمة ، لذلك  
أجد لزاماً على أن أقول :

١ — إنه إذا كانت الصحة النفسية هى التوازن والتناغم

داخل النفس ( أى التنسيق والترابط داخل المخ ) . . . ومع  
المجتمع ، وكان الإيمان هو التوازن والتناغم بين الانسان  
وبين الكون ، فإن ارتباطهما عضوى بطبيعة مسيرة التطور .

٢ — إن مفهوم الانسان على أنه الكون الأوسط

Mesocosmos الذى يقع بين الكون الأصغر ( الذرة )  
[ Microcosmos والكون الأعظم Macrocosmos ، هو المفهوم  
الذى يمكن من خلاله أن يتحقق السعى إلى التناغم ، والأمل  
فى التفجير التواصل للترابط بين هذه الدوائر الثلاث المتماثلة  
فى قوانينها والمتضاعفة فى وجودها .

٣ — إن الإلحاد بمعنى فقد التوازن أو إنكاره

مستحيل بيولوجيا ، وكل ما يستطيعه للمحد هو أن يطمس  
وعيه خوفاً من رؤية عمق ذاته وجوهرها .



٤ — إن مظاهر هذا الإنكار هو فكر سجين أو ممارسة ميته ، وأى منهما له مظاهر في الحياة العامة ، كما أن له مضاعفاته : بلغة الأعراض التي تلحق اختلال التوازن ، أو بلغة مظاهر فشل الاغتراب الجماعي .

٥ — إن الدين الجاهز هو إلزام قد يفيد كإطار يساعد في السعى إلى التوازن ، ولكنه إذا أساء استعماله أطفأ كل أصالة بشرية .

٦ — إن علمنا ، وعلاجنا ، إذ تجنبنا الخوض في الحديث المباشر عن مشا كل الدين وضرورة الإيمان وكدر الإلحاد وصوره ومضاعفاته إنما تجنبنا «لغة أسوء استعمالها» ولكنهما لا يستطيعان بحال أن يهربا من المواجهة الفعلية . . في الممارسة والتطبيق .

٧ — إن للمشكلة الأساسية في الوجود هي التناغم والإتساق ضد التنافر والنشاز ( وليس فقط الذة ضد الألم أو الحياة ضد الموت أو الجنس ضد العدوان ) على أنهما

— الإتساق والتشاز — ضدان على طرفي محور لولبي ، ومشاكل الصحة والمرض ليست في اختيار أيهما . . ولكن في سلامة السمي بينهما .

٨ — إن التعرض لهذه المشكلة الجوهرية لاستعمال اللغة الشائعة التي خلت من معناها الأصلي قد يعرضنا لمضاعفات لا سبيل إلى تفاديها مهما بلغ حسن النية أو وضوح الرؤية فذلك ينبغي ممارستها دون حاجة ملحة للتعرض للحديث عنها صراحة . . . إن صدق العزم .

٩ — إنه لا تعارض بين إيماني المطلق بالأساس العضوي البيولوجي لكل شيء ، وبين إيماني المطلق بالحل الأوحد في السمي الاثنافي المتصاعد للتناسق مع الكون الأعظم طولاً وعرضاً مهما اختلفت الأسماء .

فالدين والإيمان وما إليهما ليسوا عندى مشاكل ميتافيزيقية . . بل هي ممارسة فيزيقية يومية ، الأمر الذي ينبغي أن نضعه في بؤرة وعينا .

١٠ — إن الرؤية الإيمانية تتصل بالوحي اليقيني بحقيقتين وهما «الموت للفرد» و«الاستمرار للحياة»، وهما حقيقتان زميتان يقابلهما حقيقتان مستعرضتان ألا: وهما «ضالة الإنسان» (المرتبطة بضالة الأرض المرتبطة بضالة المجموعة الشمسية .. الخ) ثم «كونه تصغير وتلخيص للكون كله» في نفس اللحظة، والإدراك اليقيني لكل هذه الحقائق الموضوعية جميعاً في نفس الوقت هو عامل مساعد يسهل للإنسان مسعاؤه إلى التناسق أبداً . وبالتالي فهو يعمل لأمحالة في مسيرة هذا العلاج وإن لم يعلن عنه ابتداءً ، ولكننا أيضاً لا نتجنب الخوض فيه متى جاء أثناء التفاعل الآني تلقائياً ، وكثيراً ما يحدث ذلك .

١١ — إن «الخوف من الإيمان» هو ظاهرة إنسانية ، لعلها أعمق وأهم من الخوف من الحرية التي تكلم عنه «إريك فروم» وكذلك من الخوف من الجنس ومن العدوان ومن ثم كبشهما .. الخ، وقد تكلم عن هذا الخوف من الإيمان أفراد من هذه المجموعة العلاجية قيد البحث بألفاظ مباشرة ..، ومارسه

آخرون بطريق غير مباشر وأرى أن هذا الخوف الأساسي ينبغي أن يدرس في عمق يتناسب مع خطورته وآثاره على مسيرة الإنسان التي من بين مضاعفاتها : المرض النفسى .

١٢ — وأخيراً : فإن كل ذلك لا ينبغي أن يفتح شهية المسطحين لمحاولة إثبات مقولات الدين من خلال مثل هذه الآراء التي تصدر في مجال على . . . وكأنها الحق . . . فهذه المحاولة التافقية ( بين ظاهر الدين وظاهر العلم ) كانت وستظل مضحكة مفسدة .

كما لا ينبغي كذلك أن يفرى ما ذكرته آنفاً بإضفاء لمسة من التشديس الكاذب على هذه الممارسة العلاجية المجتهدة المتواضعة التي قدمها هذا البحث .

فإن كل ما طرحته هو مجرد إبلاغ لما ظهر لى من زاوية رؤيتى فيما يتعلق بهذا الأمر بالغ الخطورة والأهمية ، وأعتقد أنه كان لابد من إعلان موقفى هذا لأن ذلك يساعد لاحالة فى تقييم ما قدمه هذا البحث ضمنا .

## وبعد

إن أخشى ما أخشاه أن تكون هذه المقدمة التي طالت قد احتوت أكثر مما تحتل، وأثارت من المشكلات أكثر مما يستطيع هذا البحث، أو يلحقه من أبحاث، أن يردوا عليها، وكأني بالناس إزاءها أحد فريقين (عائدان كفت أخشاهما منذ البداية).

---

الأول فريق يمثل الأطباء (العمليون) الذين سوف تستفهم هذه الأغوار البشرية ليقول لسان حالم: ما لنا بكل هذا؟ .. إن المريض جاء يشكو بكذا وما علينا إلا أن نزيل الشكوى بكيت.

والثاني: فريق المثقفين المتطرفين الذين يتصورون أن دراسة الطبيعة البشرية والمشاكل الفلسفية ينبغي أن تظل في برجها العاجي، ولا يلمسها الإنسان العادي، ولا تقترب منها الاتجاهات غير المتخصصة.

وأطمئن القرعيين مما . . . فإ زدت عن أن أعلنت بمضا  
ما أعابته مما وصل إلى وهي . . . تفسيراً أو تبريراً لأفتر ما جرى  
ويجرى مع هذه المجموعة التي أذكر القارئ أنها أصبحت « مجموعة  
بحث » أصلاً بعد أن اختفت الأعراض كما أعلن الباحث . .  
وهكذا نجد أنفسنا دائماً في مواجهة حية « أن هذا  
هو الإنسان . . . » من وجهة نظر ما . . .

ثم نعلن أن عمق الرؤية لا يعنى ولا يتطلب تحقيقها  
الفورى بما يخل بمسيرة التطور ، ولكن المعجز عن تحقيقها  
لا يثبت فسادها أو خطأها ، وأن المرض النفسى ما هو إلا  
مضاعفات لمحاولة النمو . . . ومن جانب آخر هو فرصة  
لمعرفة الأعماق وتخطى المرحلة السابقة . .

وأن البحث العلمى له أكثر من سبيل . . . ومن بينها  
هذه المواجهة والتفاعل بين الناس فى الفعل اليومى وتسجيله  
ومحاولة تفسيره ، وإن على الباحث فى أى مجال أن يعرض  
وجهة نظره حتى لو تخطت مجال بحثه ، لعل فيها ما يفيد من  
يستطيع أحسن منه فى مجاله أو فى غير مجاله .

## الجزء الثاني

### في النظرية والأداة البشرية

---

#### مقدمة :

لا شك أنه قد يسىء إلى أى فكر أن يُتَدم في هذه  
المعجالة بهذا الإيجاز ، ولكن قد يسىء إلى صاحبه أكثر  
وإلى الناس ألا يظهر أصلا ، وإذا كنت قد أشرت إلى بعض  
الأسس النظرية التي أثمرت في طريقة العلاج الجمعي الذي  
أقوم به في الجزء الأول من هذا الكتيب .. فقد أحسست  
أنى لا بد وأن أرسم الخطوط العامة التي تحدد فكري من  
أكثر من جانب وأنا أقدم هذا الجزء الثاني لأ كل  
فهرست بعض ما يشغلنى ، وبما أن هذا الكتيب كما أشرت  
- وكما شرح مصدره الدكتور إرفنت - محظوظ - ليس إلا  
مقدمة عجل لا يهأى بعده ، وفي نفس الوقت هو إلزام بأنه

يأتى بعده ما يبنى في حينه فإني سأقوم هنا بإيضاح بعض  
جوانب فكرى النظرى أساساً مع بعض الارتباطات  
التطبيقية في أقل نطاق ممكن .

## الخطوط العامة

### أولاً : الأسس البدئية :

لكل فكر مصادره الواعية التى بنى عليها نسقه، فلا يمكن  
أن يبدأ فكر من فراغ، ولكن علمنا بوجه خاص له مصادر  
واعية ومصادر غير واعية وهى جميعاً تؤثر مباشرة على الممارسة  
وعلى التنظير معاً، وقد أشرت إلى هذا الأمر في الجزء  
الأول من هذا المکتب ولستنى هنا أقول أن على كل منظر  
أن يسعى إلى توضيح مصادر فكره من خارج ومن داخل  
ما أمكن، حتى يتبين للتأق أن يقف منه موقفاً مختاراً يأخذ  
ما يريد ويدع ما يشاء... ولن أستطرد في هذا الجزء لذكر  
للمصادر الذاتية التى أوضحت بعضها في الحديث عن نشأة



هذه الطريقة في العلاج الجمعي ، وسأكتفى هنا بتعداد بعض الأسس المبدئية التي يستند عليها فكري أصلاً .

١ - تمثل نظرية التطور ، ( النشوء والارتقاء ) دعامة أساسية في وجودي وتفكيري معاً . وبغير وضوح هذه النظرية في عقل ووجدان أى متلق فإنه لا يمكن أن يتواصل مع فكري ، بل في اعتقادي أنه يفقد الكثير وهو يتواصل مع أى فكر بل وربما أى علم ، وبالرغم من أن هذه النظرية ، التي ترجع حديثاً إلى داروين وولاس معاً ، تكاد تفرض نفسها على كل فكر في عديد من فروع العلم حتى لتكاد تبدو كالبدئية ، إلا أنها - ولا بد من التسليم - لا تزال فرضاً قوياً ليس إلا ... ( حتى يرتاح المهاجمون والخائفون معاً ) ، ولكن لا يمكن أن يفهم علماً هذا - الطب النفسى - دون إيمان بهذا القرض ، والمتصفح لأى كتاب في علم تشريح الجهاز العصبي المقارن لابد وأن يسأله كيف يمكن فهم تطور الجهاز العصبي دون إيمان بهذه

النظرية ، فإذا انتقلنا إلى الفيلسوف عالم الأعصاب ، هوجلنج  
جاكسون وما أضافه في علم الأعصاب والأعراض العصبية  
نجد أنه يستحيل أن نفهم نظريته ونظرياته دون الإيمان بالنشوء  
والارتقاء ، وأخيراً فلن فرويد - مثلاً - لم ينس الرجوع إلى  
هذه النظرية .. ولكنه لم يستطع النوص إلى نبضها وغلب  
على فكره أخيراً الاهتمام بخبرات الطفولة «الفردية» أساساً ..  
ولكن تصورى أنه بغير التحام فكره أصلاً بهذا البعد  
البيولوجى - الذى أخذه عليه تلامذته المحدثون فيما بعد -  
ما كان ليصل إلى ما وصل إليه على المستوى الفردى ..

وقد سار في هذا الاتجاه التطورى مباشرة كثيرون ، من  
أول ساندور رادو وهنرى إى حتى أوبنهايم والمدرسة السماة  
بالطب النفسى البيولوجى برمتها ، والذى يقرأ الفقرة السابقة  
يلاحظ أنى ذكرت كلمة «الإيمان» بهذا الغرض وليس  
بمجرد معرفته ، ولم أذكرها اعتباراً لأنى لاحظت في تدريسي

أن من يعرف هذه النظرية تمام المعرفة غير من يؤمن بها  
حتى لينبض بالتناقض التي تحتويه في كل فكر وفي كل رؤية  
وفي كل تفسير ، فالأول يحفظ أشياء تفسر له ظواهر ، والثاني  
يفوص إلى وجود ممتد ينسق فكره ويمتد به دائماً إلى ما قبل ،  
وإلى ما بعد ، وجوده الزمنى الضئيل ، وحين كنت أناقش  
من يزعم الإيمان بهذه النظرية عما تعنى بالنسبة لحياته الخاصة  
( مثلاً بالنسبة لتنظيم وقته وعلاقاته واهتماماته في الحياة )  
وبمعجز عن أن يجد ارتباطاً مباشراً بين هذا وذاك كنت  
أدرك مدى بسده عن التجاوب مع فكرى الذى أريد أن  
أقدمه له ، وقد وجدت أن الصعوبة في الإيمان بهذه النظرية  
( بديلاً عن معرفتها ) تكمن أساساً في العجز عن إدراك  
« وحدة الزمن » التي تتكلم بها هذه النظرية . فمصر التطور  
مثلاً يرجع إلى حوالى خمسة آلاف مليون سنة حسب آخر  
رأى وظهور فصيلة الإنسان والقرود العلمية احتاج

إلى مرء — ٥ ملايين من السنين ، ونشأة اللفظ بدأت منذ حوالي ما بين ٥٠٠.٠٠٠ إلى ٥٠٠.٠٠٠ سنة حسب مختلف التقديرات (٥) . الخ وكل هذه الأرقام قد يسهل قراءتها والنقاش بها ولكن قد يستحيل تصورهما بنفس الوحدة الزمنية التي اعتدنا التعامل بها في حياتنا اليومية . أما المصدر الثاني للصعوبة فهو التهديد الذي يحمله الإيمان بهذه النظرية وهي - لا محالة - خطورة ، أو ضرورة ، الارتقاء وبالتالي فإن الكائن الفرد العادي يواجه هذه الخطورة كتهديد لنوعه الحالي وهو بالتالي يتأومم تمام المقاومة حفظاً على بقائه المرضي . . .

وهنا لا بد أن نشير إلى طبيعة التطور وأنه يشمل الحفاظ على النوع وتطوره في آن واحد ، وأن قوانينه عرضية

---

(٥) رغم أني لم ألزم بصديق أي مرجع في هذه المقدمة إلا أني فضلت أن أورد المرجع الحاضر بهذه الأرقام بضاعتها وغرضها عن الأرقام المألوفة  
Grenell R. & Gibay S. 1976 Biological Foundations of Psychiatry, Vol. I, Raven Press, N. Y., USA.

كما هي طويلة في آن واحد أيضاً، وبدون تفصيل قول أن  
الفهرس والأمهيا مازالا حتى يومنا هذا يحافظان على نوعهما  
رغم أن الإنسان تطور منهما (أو من أولاد عمومتهما ١١)،  
واستيعاب هذا التناقض وحده صموية جديدة... فإياك  
إذا انتقل إلى تهديد مباشر للسكان البشرى الفردى بمجرد  
وعيه لدرجة الإيمان بهاتين الضرورتين المتناقضتين في  
آن واحد...

وحين أذكر أن التطور البيولوجى هو الأساس الأول  
لفكرى النظرى ، فإنى لا أشير — إذاً — إلى تفاصيل  
فرض قوى فرضه داروين وغيره فحسب ، ولكنى أؤكد  
ارتباط الرعى الإيماني به بالارتباط بجذور الوجود الممتدة  
إلى ما قبل النضج الحيوى فى البروتوبلازم وكذلك ارتباط  
اليقين الاستشعارى الذى يتحسس تناسق التكامل المستقبلى  
إذ يصدق نظامه مع نظام الكون الأكبر... بالممارسة اليومية  
لشأن كل النفس فى سوائها واضطربها .

ويعتبر انتقال العادات المكتسبة بالوراثة جزء هام من نظرية التطور كما اعتنتها ، وهو محدد لطبيعة تفكيرى  
٢ - ختمية ارتباط الوظائف النفسية ومفهوم النفس

بالصفات الحيوية المادة الحية عامة ، وبالجهاز العصبي

خاصة ، أساسية في تفكيرى ، وذلك مع الاحتفاظ

بفكرة التميز الوظيفي الذي تهدف به المكونات العليا

جنباً إلى جنب مع بقايا ضرورة التجاوب الركني الذي

تتميز به المكونات الدنيا ( مادام الإنسان لم يبلغ مرحلة

التكامل بعد ، تلك المرحلة التي تنأى فيها عاتين الخاصتين

في خاصية وظيفية عليا ) . وعلى ذلك فإن تحديد الوظائف

تحدد تأثيرها في خلايا المخ و أجزء من أن يلم بطبيعة

الوظائف النفسية ، كما أن هذا العجز في ذاته ليس مبرراً

لغرض أنها ليست - إذا - من وظائف المخ ، وفي تقديرى

أن ما عدا الإشكال دوا للوظيفة النفسية ومدى ونسبة

Extent & Organisation وليس موضعاً Locality ؛

وأن هذا المدى ليس كياً فحسب، بل له نسقه للنشر وطرق  
ترابطه الخاصة، ومن خلال هذا المفهوم لا بد أن يعاد النظر  
في المعطيات الجزئية التي أغرت البعض بتحديد الوظائف  
النفسية تحديداً يشبه تحديد وظائف الحس والحركة... وأنا  
لا أرفض هذه المعطيات الجزئية ولكنها ينبغي أن تعتبر  
جزءاً من الكل الجديد بلغة « المدى » و « النسق » معاً،  
وهنا لا بد من إشارة عابرة إلى أن الفصل بين الوظائف  
النفسية هو فصل تعسفي إذاً يولغ في حقيقته أو إلزامه، وأن  
وجهة النظر التي ترتبط « بالمدى والنسق » لا بد وأن تشمل  
أكثر من وظيفة في نفس الوقت، وكان أغلب الفصل بين  
الوظائف النفسية كان فصلاً لغوياً للتواصل والتنسيق أكثر  
منه تعبيراً عن حقائق بيولوجية مستقلة بذاتها.

ولتوضيح هذا المفهوم الأشمل نورد هنا بعض ملامح  
إعادة النظر في الوظائف النفسية بألف « المدى والنسق » مع  
الاعتذار عن عدم التفصيل، فنقول إنه يمكن ترتيب الوظائف

النفسية حسب شمول مداها ووحدة نسقها ودرجة تميز تفاصيلها من الأعم إلى الأخف رغم اختلاف طبيعتها كل مجموعة كالتالى :

( أ ) الوظائف الوسادية *Matrix Functions* وهى الدعامة الشاملة الأساسية أو الأرضية التى تحدث داخل إطارها بنية الوظائف ، وأعنى بها الشعور *Consoiousness* والوعى *Awareness* ( وتشمل النوم كأحد صورها ... الخ )

( ب ) وظائف الطاقة ( أو الوظائف الدوافعة ) *Motivating Functions* وأعنى بها الوظائف الخاصة بإطلاق الطاقة الحيوية فى هذا الاتجاه أو ذاك ، وهذه الوظائف تشمل بنية علم النفس العام : المواقف والافعالات والدوافع ( والنرائز : لمن يجرؤ على استعمال هذه اللغة المضطهدة ) ، أما بنية « نقط الانبعاث » *Pace maker* والكيمانات النفسية فإن هذه المنطقة تشمل مختلف حالات الأنا *Ego States* وكل حالة تطلق طاقة خاصة بها لها معالم سلوكية محددة وتظهر ارتباطات الوظائف التالية فى اتجاه محدد .. وهكذا .



( ج ) وظائف الارتباط والتعبير والتواصل  
Associative, expressive & relating Functions وأعلى  
بها الوظائف التي تشمل التعلم والتذكر والتفكير الترابلي  
والتعبير اللغوي .. الخ

وبنظرة سريعة إلى هذا الترتيب نجد أن الوظيفة الأولى  
أساسية وشاملة لما بعدها ( الثانية والثالثة ) والوظيفة الثانية  
دافعة وباعثة لما بعدها ، والوظيفة الثالثة تفصيلية ومحددة .

ورغم أن هذا المجال لاسبيل فيه لتفصيل هذا الاستطراء  
إلى أنه ينبغي ذكر أن هذا التميز إلى هذه المستويات  
المتداخلة يسبقه مرحلة « لا تميز » حيث تختلط فيها الوظائف  
ببعضها ومثال ذلك أن الإدراك خارج نطاق الإحساس  
Extra - Sensory Perception هو في شكله البدائي وظيفة  
قبلية غير مميزة ، ( لذلك فإن أفضل تسميته في هذه المرحلة

Pre-sensory perception ) ، أقول إن هذه الظاهرة

تُشمل الثلاث مستويات « معاً » قبل أن تميزوا وبملاحظتها

فهى ظاهرة وسادية ( عامل الحس فيها ) دوافعية ( شحنتها العاطفية المتزجة ) ارتباطية ( ما يميزها من إدراك ) فى نفس الوقت .

وعلى الطرف الآخر من تصاعد نمو هذه المستويات يجد أن المرحلة التالية لهذا التمييز التلاحق هى ولّاف أعلى يشمل الثلاث مستويات ممّا ولكن على أرق نطاق وتشمل هذه المرحلة الوظائف الولافية مثل الإرادة والإبداع ( التفكير البترابطي Meta associative Thinking )

وهكذا أردت أن أوضح فى هذه المجالة معنى الحديث بلفه « المدى والنسق » بالنسبة للوظائف ( مع إشارة جانبية إلى طبيعة مراحل النمو من اللاتميز إلى التميز التلاحق الاحتوائى إلى الالتحام الولافى .

٣ — العلاقات بين المستويات المختلفة فى المنح علاقات دينامية

تركيبية Dynamic correlative relations وليست علاقات

سببية خطية Linear-causal relation (أو ميكانيكية)

وبالتالى فإن مسعويات المنح (المقابلة لمستويات التطور) إنما تتنافس وتبادل وتتصارع وتتقابل بشكل متداخل ومركب بحيث تحتاج إلى عمق يعبور حتى فلم بطبيعة هذه العلاقات دون الاكتفاء بسطحية الارتباطات الظاهرة . . .

٤ - إن تطور وظيفة المنح - ومن قبل تطور تركيبه - إنما يتم بانتقال العلاقة الدينامية التركيبية إلى علاقة ديبالكتيكية جدلية تبدأ بالتناقض وتنتهى بالولاف الأعلى ، وقد أشرت إلى هذه الفقرة فى الجزء الأول ولكن دون تفصيل لنبو وظيفة المنح ، وكل ما أؤكد هنا أن طبيعة نمو المنح البشرى تطورياً وحالاً لا يمكن أن تدرك بتعقيداتها الهائلة إلا من خلال استيعاب فكرة الولايف الديبالكتيكي المتصاعد ، وعلى ذلك فإن يكون من أهم مصادر التنظير لدى هو استيعاب فكرة الديبالكتيك كما أشرت فى الجزء الأول .

٥ - إن ضرورة ارتباط المفهوم الطبى البراجماتى والليكانى معاً بمفهوم كل مرتبط بالوعى والوجود يقتصر

حقاً لا مفر منه ويتطلب استعمال أساليب « كلية » مثل لغة بعض الفلاسفة ، و « تركيبية » مثل لغة الرياضة الحديثة والطبيعة الحديثة .

٦ - الرجوع إلى نظرية الطاقة : من دعائم فكرى الأساسية أن ارتباط بلغة « الطاقة البشرية الأساسية » والطاقة الحية خاصة ، مما يقابل استعمال فرويد مثلاً لكلمة « ليبيدو » رغم اصطباغها عنده بالمفهوم الشامل للجنس ، وربما بما يقترب من فكر برجسون عن الطاقة الحيوية .. الخ ، وقد ثار العلماء في السنين الأخيرة لتصورهم أن هذا الحديث « عن طاقة ما » هو ضرب من البعد عن المعطيات العلمية المحددة التى حاولوا أن يحبسوها فى المشبك العصبى وفى بضعة هرمونات عصبية ، ثم فصلها دون عشرات غيرها تعمل فى نفس الوقت ، بل إنهم فى ثورتهم هذه أنكروا الفرائز أصلاً ، ولكنى أصر على أن الحديث بلغة الطاقة ليس حديثاً مبدعاً فيزيكياً أو ضرباً من التخمين ، بل إن الحياة هى أصلاً تشكيل للطاقة فى شكل بيولوجى كيميائى ، ومفهوم الطاقة وتحولها مفهوم مباشر وأساسى

من أول تحول الطاقة الشنتية إلى طاقة كيميائية في النبات إلى تحول الطاقة الكيميائية المرتبطة بالرباط الفوسفاتي ذى الطاقة العالية في مركبات ثنائى وثلاثى فوسفات الأدينوزين (  $ADP \rightleftharpoons ATP$  ) إلى طاقة فيزيائية ... ، فلماذا لا تفكر في تحول الطاقة الكيميائية إلى طاقة نفسية وبالعكس ، أليس هذا أقرب ما يكون إلى التفكير العلى للوحده ؟ وبالتالي فإن تحويل مفهوم الفرائز والمواطف عندى إلى مفاهيم ارتباطات كيميائية وحيوية ( كلية تركيبية ) نوعية ذات طاقه ذات مسارات سلوكية وجودية ذات دلالة ، يعتبر من أبعده تفكيرى النهى عليه هذا التعليل .

### ثانياً : الخطوط العامة للنمو الإنسانى :

١ — لا شك أن المفهوم القديم للنمو الذى يقتصر على الطفولة والراهقة أصبح قاصراً ولا يمكن أن يساير الوضع التطورى الذى أحاول تقديمه لفهوم الوجود البشرى ومساره

ومضاعفاته التي من بعضها موضوع علمنا هذا (الأمراض النفسية) وإنما للفهوم الذي يتعلق بتفكيرى هو استمرار عملية النمو وتقيضها من الميلاد حتى اللوت معاً ، وأى مفهوم يتصور توقف النمو دون إثارة تقيضه هو مفهوم غير حيوى وغير دينامى ، إذ أن المنطق والحقيقة التي تحاول إيضاها هو أن المادة الحية فى حركة دائبة ، وأنها تحمل مقومات التطور والتدهور معاً ، وأن اللوت إنما يخدم الحياة بشكل غير مباشر . . . ولكنى أفضل بديلاً عن هذه اللغة الخفية (غريزة اللوت) أن أتكلم عن الحركة الأمامية والحركة الخلفية ، أو عن حركة التطور Evolution وحركة التدهور Devolution

خلاصة القول فى هذا الصدد هو أن الحركة هى أصل الحياة وأن اتجاهها إلى النمو أو تقيضه هو عزم لا مفر منه طالما تنبض المادة الحية بما يبق لها صفة الحياة .

٤ - أن كل ما يحدث أثناء مسيرة النمو (وقيقضه) من تفاصيل تبدو عليه .. هو في الحقيقة أمر مشكوك في قيمته السببية ، وبالتالي فإن التركيز على مناطق جديدة بذاتها تصف مراحل معينة (القيمة والشرعية والقضائية - فرويد - ... الخ) أو أساليب تعامل بذاتها (الاحتواء والأخذ والطرده .. الخ - إريكسون - ) هو تركيز يهدف إلى ربط سببي مبسط لكنه مقول بالتشكيك ، فأما أن الظواهر السالفة موجودة في مراحل معينة من نمو الطفل فلا شك في ذلك ، وأما أنها ترتبط أحياناً ببعض مظاهر السلوك في الطفولة والنضج فهذا أيضاً ثابت .. ولكن لا هذا ولا ذاك يبرر ارتباطها ببعضها كسبب ونتيجة .. في الصعلة أو في المرض

وعندى أن مسيرة النمو حتمية وتعتمد أساساً على نبض منظم طوال تاريخ الوجود الفردي ، وهذا النبض متفاوت مثل نبضات القلب (ونبضات الكون على حد سواء) وهذا المفهوم الذي سيفتعل فيما بعد لا يلنى أثر البيئة ولكنه

يخدمته ، ولا يعل أهمية الوراثة ولكنه يؤكد أهميتها  
ويربطها بطريق غير مباشر بالبيئة البيولوجية التي صفت  
الوراثة . . فكأنى أقول بهذا أن فكرى هذا يضمنى  
أقرب ما أكون إلى التحسين لأهمية الوراثة وتأثيرها واحترامها  
إلى أقصى مدى بالنسبة للفرد وأقرب ما أكون إلى  
التحسين لأهمية البيئة وتأثيرها بالنسبة لمسيرة النوع  
عبر الأجيال .

إننا فالتنو هو إطلاق قدرات كامنة ( موروثية ) تمحورت  
بمغريبات ومغريبات يمنية في تناوب اندفاعى تمدى دائم ..  
٣ — يمر الطفل جينياً بكل مراحل الحياة حسب نظرية  
الاستعادة « الانعوجينيا تكرر الفيلولوجينا » \* أى أن  
نمو الفرد يكرر نمو نوعه منذ بداية الحياة . : في تلخيص  
بيولوجى شديد .

\* انشغل بهذا الموضوع علماء التطور ومن أهمهم فون باير Von Baer  
— Ernest Haeckel ( ١٨٦٩ — ١٩٢٢ ) ومن بعده هيكل



« — ما دام الأمر كذلك فلا يوجد ما يبرر الانتكسون  
 هناك نظرية للاستعادة بالنسبة للسلوك رغم قصور المعلومات  
 للقارنة التي يمكن أن تثبتها .. فهي تثبت أساساً بالقياس  
 وهو أحد سبل تقييم فروض العلم إذا ما ارتقينا إلى تعريف  
 تطوري « للعلم » ولم تقتصر على المفهوم الضيق للتجريب  
 والإعادة ... »

وهكذا نضع الفرض القائل « إنه بالنسبة لنمو السلوك

فإن الانتوجينيا تكرر الفيلوجينيا بطريقة محورة تتعلق

بالتحويرات التي حدثت في الإنسان إذ أصبح حيواناً يستعمل

---

== (١٨٢٤ — ١٩١٩) واضح هذه النظرية السماحياً بالقانون الحيوي  
 Biogenetic law ، وفي المرحلة الحينية تحاول هذه النظرية أن تقابل  
 بين البويضة بعد الإخصاب وبين الأحياء أحادية الخلية ، ثم حين تنقسم  
 إلى عدد من الخلايا في طور الجاسترولا Gastrula تقابل حيوان الجوفقوى  
 Coelenterata ثم تظهر بعد ذلك على الجنين سمات الأسماك وما يشبه  
 الفياضيم ، ثم تتكون سمات الأحياء غشائية الأساج Pentodactyl  
 ثم الثدييات Mammals ثم سمات الرئيسيات Primates ومنها الإنسان -

الرمز والمتعلق ويشترط التواصل مع بنى جنسه من - خلالها

أساساً - كضرورة لاستمرار نوجه ، ثم هو يعنى ذلك بدرجات

حجافته »

٥ - هذا التكرار ليس قاصراً على الطفل في سنه

الأولى وإنما هو يصف كل نبضة نمو (أو أزمة نمو) .

أى أن الانتوجينيا تعيد الفيلوجينيا عدة مرات أثناء حياة

الفرد مع كل نبضة نمو ، وهذا ما أسميته قبلاً بالماكروجينيا

Macrogeny .. حتى ليكن اعتبار كل نبضة نمو إعادة ولادة

سعيًا إلى إضافة وُلافيه كما سيرد بعد ، وقد ذهب آخرون

إلى أن هذه الإعادة قد تحدث في جزء من ثمانية وأسماعاً

(أرى) الميكروجينيا Microgenia (وإن كنت ما زلت

متردداً في الأخذ بهذه المقولة لمجرى عن تصورهما تفصيلاً)

٦ - أن مراحل النمو السلوكى المحددة في النظريات

الجارية يمكن إرجاعها إلى أصلها التطورى كـ ولاف معساعد

من تناقضات مراحل الوجود المفرد - ضد: مع الوجود المتعدد  
(التداخل المركب) وأعني بالوجود المفرد المرحلة التي يكون  
الكائن الحي فيها موجود بذاته مستمر لذاته مثل الأحياء  
وحيدة الخلية التي تتكاثر بالانقسام الميتوزى Mitotic مثل  
الأميبيا أما النوع الثانى «الوجود المتعدد» فيلزمه لاستمرار  
«نوعه» أو تحقيق نوعيته وجود «آخر»، ويمكن إرجاع هذه  
الضرورة إلى بعض الأحياء أحادية الخلية أيضاً مثل البرامسيوم.

أما الوجود الأول فله ما يقابله فى السلوك ويتمثل  
فى المرحلة الشيزوبدية التى تمتد إلى المرحلة الجنينية والأيام  
الأولى بعد الولادة (وربما الأسابيع الأولى)

أما الوجود الثانى فهو يمثل المرحلة التالية بتركيباتها  
وتضعيفاتها المعقدة المتصاعدة إلى المشاكل الوجودية التى يعيشها  
الإنسان المعاصر . . ويبدأ مقابلها السلوكى من أول الطور  
الهارنوى حيث العلاقة بالآخرهى علاقة «السكر والقر» وينتهى

إلى علاقة التكامل المؤلمة مستقبلاً ( و رغم تشابه الأخيرة ظاهراً بالنوع الأول إلا أنها تقيضها تماماً ) .

٧ — أنه من خلال تفاعل هذين النوعين المتناقضين من الوجود تتصاعد مستويات النمو في ترتيب هيراركي منتظم . : وكلما نجح ولاف ( دياالكتيكي ) أن يستقر بعض الوقت على مستوى أعلى كلما أصبح قادراً على أن يمثل مستوى في النخ قائماً بذاته ، مستقلاً مرحلياً ، له مقابله من « ذات طاعلة » يمكن أن تظهر في السلوك بصفاتها الخاصة .

٨ — وعلى ذلك فإن النخ البشرى يتركب من مستويات متصاعدة هي المقابل لولافات متصاعدة . . فأتجة بدورها عن تفاقضات مرحلية تم الائتلاف بينها جزئياً على الأقل .

٩ — أن هذه المستويات المتصاعدة لا يمكن تحديد موقعها Locality تشريحياً ولكن يمكن فهمها بأسلوب « المدى والنسق » فكل مستوى أعلى له مدى أكبر ونسق أشمل وهو يشتمل على المستوى الأدنى .

١٠— أن المستوى الأعلى لا يشتمل على المستوى الأدنى تماماً ونهائياً ولكنه يشتمل عليه مرحلياً وجزئياً ... وتتوقف هذه المدرجة على طبيعة الائتلاف بينهما .. (ائتلاف دياكتيكي « أى : ولاف ، أو ديفاميكي أو تناوبى ... الخ ) .

١١— أن هذه المستويات تمثل ذوات متعددة (أشخاص) لها القدرة الكاملة على التعبير سلوكياً ، ولها خصائصها المميزة وهي تظهر بشكل غير مباشر فى الأحوال العادية ، ومباشر فى أحوال النوم والمرض وأحياناً الإبداع .

١٢— أن لكل مستوى ارتباطات فيزيو كيميائية خاصة ومميزة ، كما أنه إذا دخل كجزء من ارتباط أكبر تعدت هذه الارتباطات من واقع هذا الشمول والتداخل .

١٣— أن المستوى الأعلى فى حالة سيطرة غالبية وبالتالي فإن ما بقى مستقلاً من المستوى الأدنى يظل فى حالة كون وتسمية فى الأحوال العادية ( هو جليج جاكون — هنرى إى ... الخ )

١٤ — على مر ملايين السنين استقرت هذه التركيبات الجاهزة بمواصفاتها الكيميائية واتصالاتها المميزة وتعبيراتها السلوكية في المخ البشرى ولكنها لم تصبح ثابتة إلا بمقدار مرحلة التطور الحالية ، فهي — تبعاً لقانون التطور — قابلة لاختلافات جديدة بحسب متطلبات التطور ، ومن ثم فهي قابلة لتركيبات ونمو جديد من حيث المبدأ .

١٥ — يولد الإنسان — على ذلك — ومراحل سلوكه التنمائية جاهزة تركيبياً لا ينقصها إلا مشر يثنى ، ولكن هذا المثير لا يطلق السلوك فحسب بل يحوره ويحدد معالاه التفصيلية ويعطيه لفته .

١٦ — أن كل تركيب أو مستوى يمكن أن يطلق عليه فسيولوجيا وكيميائياً اسم « مخ » ، وأن نطلق عليه سلوكياً اسم « ذات » ، وبالتالي يصبح المخ مكوناً من عدة وحدات تركيبية متكاملة ، لا عدة أجزاء متداخلة .

١٧ — إن أي من أعلى هو النتاج الديالكتيكي للمعنيين  
الأدنى السابقين مباشرة . . . فمثلا المنع البدائي الذاتي (المقابل  
للمستوى الشيزويدي Solitary) في تناقضه وتفاعله مع  
المنع المتوجس البدواني Aggressive (المقابل للمستوى  
البارانويدي) إذا ما تألقا جزئياً نشأ عنهما للمستوى الأعلى  
وهو المنع التناقضي ... Ambivalent

١٨ — إن القبول بهذا الفرض يفسر عمل المقاير المضادة  
للأمراض النفسية ، بل وعمل الجلسات الكهربائية  
في ارتباطهما بالعلاجات النفسية والسلوكية الأخرى  
(بما لا مجال لذكره هنا تفصيلاً) .

١٩ — إن المراحل السلوكية الجارية وصفها بألفاظ  
أخرى يمكن إيجاد مقابلاتها العضوية (الكلية) بسهولة ، فمثلا  
يمكن أن يكون الموقف الشيزويدي عند ميلاني كلاين وجا تر ب ،  
وكذلك المرحلة النفسية عند فرويد هما المقابلان لنشاط المنع

الذاتى المتفرده، وتنطق العلاقة السببية المزعومة بين هذا السلوك المحدود أو هذه المنطقة الخاصة وبين المضاعفات المرضية مستقبلا ويصبح الجميع « مصاحبات » (في الأحوال العادية) أو « مضاعفات » (في الأحوال المرضية) لنشاط مستوى معين من مستويات المخ على حساب أو ضد أو مع مستوى آخر أو أكثر حسب الحال .

٢٠ — إن الإنسان يمر في نموه بتناوب منتظم ، ومذا التناوب من طبيعة الحياة ذاتها ( مثل تناوب الفصول والمد والجزر ودوران الأفلاك ... الخ ) ومن طبيعة المادة الحية ، ومن طبيعة الظواهر الحياتية ( التناوب بين النوم واليقظة ، وكذلك بين النوم العادى والنوم النقيضى ) ويظهر جليا في دقات القلب المنتظمة التلقائية .

٢١ — وبمحدد أدق أقول « إن المخ «عضو» نبضى » *Pulsating organs* « وتناوله بهذا المنطق يفسر النوم واليقظة



والأحلام بنوعها ، وهو يسهل فهم مسيرة النمو ، ومراحل مراحل التطور ، وكذلك فهم بعض المضاعفات التي تظهر على شكل أمراض نفسية مع اختلاف حائل في الزمن الذي تستغرقه النبضة وكذلك في أن تتاج نبضات القلب هو تتاج ميكانيكي أساساً ، أما تتاج نبضات المخ فهو تتاج ديكانيكي نمواً أو تشويهي تدهوراً .

٢٢ — أن طور اندفاع (\*) المخ « Cephalic Systole » يقابل ما أسماه إريكسون أزمة ، وهذا الطور يتصف بالتالي :

( أ ) عملية « بسط » Unfolding تعيد وتلخص أطوار الحياة للنوع ( فيلوجيني ) Phylogeny للفرد ( أنطوجيني )

---

(\*) فضلت استعمال كلمة « اندفاع » بدلا من كلمة انقباض ترجمة لكلمة Systole حتى أفيد المعنى الذي عنيت به في المخ من أن المهم في هذا الطور هو إطلاق الخززون السكمن اندفاعا ، وليس انقباضا للمعوى مثل الحال في القلب رغم أن النتيجة في الحالتين هي الاندفاع ( القدرات السكمنة في حالة المخ والدم في حالة القلب ) .

(ب) إطلاق قدرات المخ الكامنة والتي كانت تحت السيطرة المباشرة لأحدث المستويات (وبالتالى فهو للقابل لدفع الدم فى الشرايين من القلب)

(ج) محاولة تأليف بين هذه المستويات للتناقضة أصلاً،  
النشطة معاً، أثناء النبضة الحية.

وتنتهى هذه المرحلة إما بزيادة فى عدد النيورونات النشطة معاً (أى ولاف أعلى) وهذا نتاج طبيعى فى فترات النمو وقد تنتهى أيضاً بنقص فى عدد النيورونات النشطة معاً (أى تكيف على مستوى أدنى) وهذا نتاج طبيعى أيضاً فى مرحلة « الضمور » .

وتتوقف هذه النتيجة على عوامل كثيرة سنذكر بعضها حالاً ...

### ٢٣ — أن طور التمدد(\*) الحثي Cephatic Diastole

هو الطور الذى يكتسب فيه الإنسان معلومات من البيئة ويملأ مخزون ذاكرته برموز مكتسبة وقواعد أساسية ، ويمرن فيه القدرات التى انطلقت فى أثناء اندفاع المنخ ، استعدادا للاندفاع القادمة ، وبالتالى فهو المقابل - تجاوزا - لطور ملء القلب بالدم أثناء استرخاء العضلات ( طور الملء السريع و طور الملء البطيء Rapid and Reduced filling Phases )

٢٤ — أن تبادل الاندفاع والتمدد لازمين لاستمرار الحياة كما هو ظاهر فى تبادل النوم واليقظة ، وتبادل أنواع النوم ، وهو لازم حتما لاستمرار النمو فى كفاءة ، وأن تتاج كل طور يحدد نجاح أو فشل الطور التالى . . مع اختلاف

---

(\*) فضلت استعمال كلمة « تمدد » بدلا من « البساط » ترجمة لكلمة Diastole حتى لا تختلط الأخيرة مع استعمال كلمة « بسط » .  
 معنى Unfolding اقوى يحدث مع اندفاع المنخ .

النفض التمهيدي اليومي ( مثل النوم واليقظة ) عن النفض  
الولاني النموي فيما بعد ..

٢٥ — أن الاندفاع له فترات محددة بطبيعة النمو ولكن  
يشير أزمات يينية لها طابع جارف خاص ، ومثال ذلك  
اندفاعات : الولادة، والنفطام، وأول مواجهة بالمجتمع الأوسع،  
( المدرسة مثلاً ) ، ثم اندفاع هائلة أثناء المراهقة ، واندفاع  
الارتباط الحميم (الزواج عادة) ثم اندفاع النجاح (وسط العمر)  
ثم الوحدة المؤخرة ... وهكذا عما سيفصل في العمل الأكبر  
في حينه في مجال آخر ..

أما أطوار التمدد التحصيلي فهي التي تتبادل مع هذه  
النفضات مثل مرحلة الرضاعة المستقرة ثم مرحلة تعلم الكلام  
ثم مرحلة الدراسة الأولى ( ٦ — ١٢ ) ثم مرحلة الاستقرار  
الدراسي ، والاستقرار المهني ، والاستقرار الأسري ...  
وهكذا ..

والمخ قادر على الحركة المنتظمة في التمدد Diastole (الاستيعابي) والانقباض Systole (الولافي) معاً دون مضاعفات عادة .

والقاعدة السليمة هي أنه كلما كانت مرحلة التمدد التحصيلي كاملة وثرية ، كلما كانت الانقباضة التالية قوية وآمنة وثرية ( وهذه القاعدة تقابل قانون ستارلنج بالنسبة لامتلاء بطين القلب حيث تتناسب قوة النبضة مع درجة امتلاء بطين القلب ، في حدود معينة )

والأمان الثاني هو المجال الذي تحدث فيه نبضة النمو ( ولا أستطيع هنا أن أفصل هذا الأمر حالياً فما هي إلا مجرد عناصر . . )

٢٦ - إن عمليات الإبداع الفني هي نبضة إيجابية

ولافية مركزة

٢٧ — في فترات الاستيعاب الممدى يتميز المنخ إلى مستويات بحكها المستوى الأعلى عادة وكأنه نقطة انبعاث Pacemaker مرحلية كما يتميز إلى حجرات وظيفية Compartments تتبادل في العمل وتتعاون بطريق غير مباشر.

٢٨ — في أثناء النبض الحثي يعمل أكثر من مستوى كما ذكرنا ولكن المستويات، والحجرات، قد تندمج، بقدر نجاح النبضة ككل، أي نجاح الاستعداد السابق لها في التهيئة للولاف الأعلى كما ذكرنا. ثم نجاح الولا ف ذاته حسب المرحلة

١٩ — إذا استقر الولا ف الأعلى في التحقق والتزايد في كل نبضة . . . استمر المنخ في التصاعد في مسيرة النمو الهذليتيكي، واستمر السلوك في الاقتراب نحو الموضوعية حتى إذا عملت كل خلايا المنخ معاً في تناسق ولا في دائم

وصل المنح البشرى إلى قمة نهضته الذى يقابل التكامل  
(بلغة الإنسانيين فى علم النفس) أو الذى يقابل أعلى درجات  
الوعى الموضوعى عند هيجل ، ولكن هذه المرحلة مرحلة  
نظرية لا يمكن تصور الوصول إليها إلا فى خبرات إبداعية  
موقوتة ، أو ما أسماه ماركس أحياناً «خبرات النعمة» ، فإذا قدر  
للإنسان — نظرياً — أن يصل إليها دوماً فقد نجح فى أن  
يطلق كل قدرات تركيب مخه الحالى ، وعليه أن ينتظر تطوراً  
فى تركيبه تفرضه عليه متغيرات البيئة المحيطة التى هى بدورها  
نتاج هذا العمل الدائى لهذا المنح الهائل بكنائمه المتعددة  
مما لا أستطيع مجرد تصويره حتى بخيالى ، وإنما أذكر هذه  
المقولة استطراداً مع إيمان التطورى الحتمى الذى أثرت  
إليه سابقاً . .

٣٠ — إن مسيرة النمو بصفة عامة تتبع نسقاً متتالياً يتحقق  
باستمرار من واقع نهضات المنح ، وهذا النسق يبدأ بالوجود  
الجزئى للارتباطى عند الولادة وهو يقابل وظيفتها مرحلة

اللائعيز ، ثم ينتقل إلى مرحلة التجميع الارتباطى ومنه إلى التميز الوظيفى ثم أخيراً إلى العودة إلى الوُلا ف الأعلى حيث تقل الفروق حتى تمتحى بين الوظائف وبعضها .  
( راجع أيضا ص ٢٠٨ )

ثالثا : السلوك المرضى والنمو :

أرى أنى ما زلت ملتزما بوضع الخطوط العريضة التى توضح أبعاد فكرى دون تفصيل ، وأعتذر — بلا فائدة — عما أشعر به تجاه حيرة القارىء معى وأنا أقفز به من رأس موضوع إلى مشروع فكرة ولكن هذه هى طبيعة هذا الكتىب « المقدمة » « الفهرس » .

وأرى أنه بدون أن نشير إلى الأمراض النفسية وموقعها من هذا التنظير ، فقد يجد انقارىء صعوبة فى تقبل كل هذه الفروض التى قد تبدو بلا فائدة عملية . . وعلى هذا فإنى أطرح رؤيتى بالنسبة للأمراض النفسية على الوجه التالى :



{ ملحوظة ابتدائية: قد يكون المرض النفسى نتيجة مباشرة لتلف أو خلل فى تركيب خلايا المخ مما ينتج عنه اضطراب فى وظائفها وبالتالى نقص واختلال فيما يرتبط بها من سلوك ظاهرى ، وهذا النوع فى إجماله يسرى عليه قوانين الأمراض العصبية العضوية فى أغلب الأحوال ، الأمر الذى يجعلنا ندعه جانباً فى هذا التتويم الموجز ، وبالتالى فإن كل ما سيرد ذكره فيما بعد إنما يختص بما « هو غير ذلك » من أمراض ،  
 كذلك فإنه يستبعد « نقص العقل » كجموعة ، وهكذا  
 أنطلق لأقول :

- ١ — المرض النفسى مظهر لمضاعفات النمو (التطور) ، وهو أساساً نتيجة لاختلال فى التوازن لعدم تناسق مستويات المخ أو حجراته بالنسبة لمرحلة دورته (الاندفاع أو التمدد)
- ٢ — « المرض النفسى حدث بيولوجى منذر ، يشترك فيه الاستعداد الوراثى مع ضغوط البيئة (المجتمع) ويظهر كأعراض سلوكية نتيجة لاختلال توازن المخ ، وبصاحبه أو بسببه أو ينتج عنه تغيرات كيميائية مختلفة » .

٣ - للمرض النفسى معنى وهدفاً ، إذ هو لنة محورة  
- وإن تكن عاجزة - تريد أن تعلن عن حاجة الإنسان  
لإطلاق مزيد من مكمون قدراته فى عملية بسط جديدة . .  
ولكن هذه الحاجة معوقة أو مشوكة ، أو مهددة ، وبالتالي  
فإن الغامرة بمحاولة تحقيقها ، ينتج عنه آلام معجزة أو غير  
محتملة كما قد يؤدى إلى تفكك هروى وفى النهاية إلى تدهور  
انسحابى .

٤ - يمكن أن يقسم المرض النفسى حسب التنظيم  
السابق لنمو إلى المجموعات التالية :

١ - أمراض هى مظهر فشل طور اندفاع المخ  
Cephalic Systole واختلالها ، وتشمل أغلب أنواع الأمراض  
الذهانية الحادة والنشطة والدورية ( وأحياناً بعض أنواع  
الصراع ) .

٢ - أمراض هى مظهر فشل طور تمدد المخ  
Cephalic diastole وتشمل المصاب واضطرابات الشخصية

وبعض أنواع حالات البارانونيا الزممة - وأغلبها يشمل إطالة  
الطور التمديدى حتى التليف خوفاً من نبضة تالية غير  
محسوبة ..

٣ - أمراض هي إعلان تفكك مستويات المخ وبالتالي  
الكف عن الاندفاع الدورى والنمو وهي أمراض التدهور  
القضامى ( ويمكن أن يدرج هنا بعض الأمراض الناتجة عن  
التلف العضوى ) .

وهذا الفشل والتدهور إنما هما نتائج مباشر لتفسيق غير  
ملائم بين مستويات المخ نتيجة لوراثة ( سلوك سابق ) خلل  
فى طبيعة علاقاتها ببعضها ، وبالتالي فى توزيع الطاقة وتوجيهها  
فيما بينها وكذلك هو نتاج للعمل المتساوب للمخ فى ظروف  
يشية غير ملائمة ، وأخيراً فهو نتاج لسجز الدور التمديدى عن  
ملء المخ بما يفيد للنبضة التالية ومجز الدور الاندفاعى فى  
التوفيق بين المستويات وإطلاق القدرات فى تناسق متوافق  
أو ولان ديالكتيكى .

## ثانيا : الاداة البشرية والممارسة الإكلينيكية :

أشرت في الجزء الأول إلى أنه لا مفر من أن تربط  
نتائج البحوث عندنا بالباحث نفسه : طبيعة تطوره وأنواع  
دفاعاته ومدى موضوعيته ، وحين أضفت هذا الجزء الثاني  
وجدت أنه من المستحسن أن أتل هنا بعض الملاحظات  
والصفات التي أوردتها بهذا الشأن في التقديم الذي كتبت  
لأول كتاب في هذه المكتبة العلمية عن الدراسة المقارنة لمرض  
النصام للدكتور رفعت محفوظ ، وذلك حتى أؤكد أن تحيزي  
للأسلوب الإكلينيكي في البحث العلمى في مجالنا هذا لا يعنى  
إطلاق العنان للآراء الشخصية دون ضابط أو التزام .

وقد كتبت تحت عنوان : أداة البحث « الخبرة

الإكلينيكية ومواصفات الطبيب :

إن أعظم ما ينبغى أن نؤكد هو دور الطبيب النفسى

كأداة بحث قائمة بذاتها، حيث أنه باعتماده على خبرته الإكلينيكية  
كصدر أساسى لحقائق هذا البحث اعتبره ضمناً « الأداة  
الموضوعية » الأولى فى تشخيص مرض ما .

وابتداء من هذه النقطة ، فإننا لا بد أن ندرك ضرورة  
شد هذه الأداة وإعدادها ، فالطبيب بهذا الوضع له أبلغ  
الأثر فى الحكم على الظواهر وتوقعها وبالتالى فإن الاهتمام  
بشخصيته ومستوى تطوره ومدى حساسيته وأرضيته الثقافية  
له أبلغ الأثر فى البحث العلمى فى هذا المجال وفى خطوات  
تطور هذا العلم وراثته . . . ، ومن هذا المنطق لا بد أن نعيد  
النظر فى مدى الاهتمام الجاد بطريقة تدريب الطبيب النفسى وفى  
دراسة ظروف حياته ومساره ومدى تطوره الإنسانى ومدى  
تناسب درجة وعيه مع قدراته وواقعه ومدى قدراته على  
مواجهة داخله . . . حتى يقترب رويداً رويداً من درجة من  
الموضوعية تسمح له بأن يهتمل هذا المركز المميز « كأداة قياس  
تصلح لأن يعتمد عليها بثقة كافية »

دلى أن تأكيد أهمية الطبيب كأداة موضوعية للقياس هو  
فأكيد ضئى لأهمية الخبرة الأكينيكية باعتبار أن الاستجابات  
لهذا البحث ( دراسة مقارنة لمرض النهام ) كانت من واقع  
مصدرين يكمل بعضهما بعضاً ويؤثر بعضها فى بعض .

المصدر الأول : صفات الطبيب الشخصية والعوامل  
الآتية التى تتحكم فى حكمه على الأمور ، والمصدر الثانى : خبرته  
الأكينيكية ، مداها وعمقها .

ولا بد من الإشارة هنا إلى الطبيعة العلمية لهذه  
الخبرة الأكينيكية التى تهدف بها الدراسة الطابية العامة والعلم  
النفصى بوجه خاص .

فالتجربة الأكينيكية هى فى حقيقتها سلسلة متصلة من  
الفروض الأولية يجرى تحقيقها أو تصديها ثم يابها الفروض  
البدلية ثم الفروض التالية ثم الفروض الأعلى ... وهكذا ، ويتم  
هذا التسلسل فى صورة تلقائية محسوبة فى العقل البشرى بطريقة  
علمية أصيلة إذا ما كان التفكير سليماً ، وكانت خطوات المنطق

العام هي السائدة ، حيث التفكير المنطقي الناضج هو ذاته  
تفكير فرضى مسلسل : أسماء « بياجيه » التفكير الفرضى  
الاستنتاجى Hypothetico - deductive thinking ووصف  
به المرحلة الرابعة من التفكير واعتبره هو التفكير السليم  
منذ سن الثانية عشر وما بعدها .

إذا فالتفكير السليم في ذاته هو : تسلسل على حقيقى ،  
وكل ما يمكن تقديمه لجعل التفكير « أكثر سلامة » هو  
إضافة حقيقية لهذه الأدوات الموضوعية ( أى الطبيب هنا )  
اللازمة للبحث العلمى الإنسانى ، ولنتحاول أن نتدرج مع تسلسل  
مثل هذا التفكير لمقابله بخطوات البحث العلمى المعروفة :

تبدأ المقابلة الاكلينيكية « بانطباع ما » هو هو الفرض  
الأول ، وهذا الانطباع البدئى الذى يفرض نفسه على الطبيب  
من « أول نظرة » هو الذى يتطور مع المقابلة حيث يثبت  
أو ينفى ويستبدل وهكذا ، وهذا الانطباع قائم سواء وعى به  
الطبيب أم تسلسل فى قاع وعيه ، وعلى هذا الانطباع العام

وتطوره ينبى الحكم على كثير من الأعراض فى الأمراض النفسية عامة والنصام خاصة ، ولعل المناقشة التى وردت فى هذا البحث بشأن التصلد العاطفى [ Apathy ] وانعدام التواصل Lack of rapport وكذلك البرود Coldness إنما يتعلق بجانب من هذا الانطباع العام وما يتطور إليه هذا القرض الأول وما يطرأ على موقف الباحث تأكيذاً ونفياً بعداً واقتراباً ، وبمراجعة مناقشة الباحث لهذه الأعراض فى اختلاف ترتيبها فى كل تسلسل ثم اختلافها عن بعضها إنما يتأكد لنا أهمية العامل الشخصى ( الشمورى واللاشمورى ) فى تحديد هذا القرض الأول .

ولا بد من الإشارة إلى الطابع العاطفى الذى يصيغ هذا القرض الأول ( أو الانطباع العام ) ، الذى تحدده ضمننا العوامل الشخصية والليكانزمات الدفاعية للفاحص ، ومهما قال الفاحص عن نفسه من إمكانية حياده ، ومهما نادى بضرورة هذا الحياد فإنه كأداة إنسانية لا بد أن يعترف بدرجة ما من الذاتية فى



أول الأمر وأن يسعى جاهداً للتقليل منها بالوعى للتزايد ، من خلال النمو الذاتى ، وبالخبرة للتزايدة من خلال مرور الزمن وطول الممارسة وتحقيق هذه الفروض البدائية أولاً بأول والاستفادة من الصواب والخطأ فى كل آن ، وكل من مارس الطب النفسى (أو الطب عامة) يعترف أنه إنما يتكون حدسه الإكلينيكي بالفشل أكثر مما يتكون بالنجاح ، لأن الفشل يعيد تنظيم عقله ويقترب به من موضوعية أكبر؛ أما النجاح فقد يساهم أو لا يساهم فى ذلك حسب الظروف التى يتم فيها ... إذاً فالشعور باستلطاف هذا المريض أو رفض ذلك المريض هو من صميم الخبرة الإكلينيكية فى مجالنا هذا ، شريطة أن تكون نقطة بداية ، ومعد هذا البحث الذى بين يدينا قد أوفى هذه النقطة حقها... وذكر أسباب الاختلاف من وجهة نظره ولم يحاول أن يتمسك فى درجة نضج الفاحص أو موضوعيته لأنه إنما كان يقيم نتائج مجموعة بأكلها أكثر مما يتناول حالة خاصة ، إذاً لا محل فى الممارسة الإكلينيكية — ومن ثم فى البحث العلمى للتصل بها — من اعتبارات شبه أخلاقية أو شبه إنسانية

حين تصور أن الرفض أو السكره هو خطأ من جانب الطبيب  
وتقصير ، بل بالعكس إن الاعتراف الهادئ بهذه المشاعر  
الخاصة ينتهي لصالح المريض تشخيصاً وعلاجاً ، لأن الرفض  
معنى كما للقبول معنى ، وكلاهما يفيد في الوصول إلى فهم أعمق  
ومن ثم إمكان مساعدة أصدق ، أما إنكار هذا الانطباع  
للبدني ومحاولة التبرؤ منه فهو معوق لنمو الممارس ذاته ، وبالتالي  
معطل لتحسينه كأداة موضوعية للبحث العلمي . . . وكأداة  
علاج :

ولعل شعور الممارس الاكلينيكي — في فرعنا هذا —  
إذا تقبّع نفسه وتطور هذا الشعور البدني خلال عشرات  
السنين من الممارسة لوجد أن مشاعره من حيث التقبل والتفهم  
تختلف من مرحلة إلى مرحلة حسب درجة تطوره وتنير قيمه ،  
واتساع صدره ، وإيجابية مشاركته . . ، وإذا حاولت أن أقول  
تجربتي الشخصية التي هي ليست قاعدة بحال من الأحوال

لا بد أن أعترف أنى كنت فى بداية حياتى أستلطف الموصى  
الخفيف « و «العصابى المتحدث» حيث كانت خفة ظل الأول  
تملؤنى مرحاً « معه » وانطلاق انشائى فى حكاياته وسرد  
مواقف طفولته ترضى حب استطلاعى ، ومعلوماتى التحليلية  
( المختلطة مباشرة بالشائع عند العامة ، وفى السينما الخ ) ،  
ثم تطور قبولى إلى الريض المكتئب من نوع اكتئاب  
المواجهة الذى أضحيته Confrontation depression وازداد  
نفورى من المكتئب الطفيلى Parasytic depressive ، وكان  
موقفى من الفصام لا ترابط ولا علاقة مثلما هو مكتوب  
فى الكتب حتى أنى - مثل غيرى - كنت أشخص هذا  
المرض بهذا العجز عن التواصل Lack of Rapport ...  
ولكن بعد تطورى وفهمى لحقيقة المشكلة الوجودية البيولوجية  
من ورائه وفهمى لفئة الأعراض أقول بمد هذا كله أصبح  
تقبلى المريض الفصامى تقبل الصديق المتيد ، وأصبح للتواصل  
معه قريباً إلى كيانى .. بل ومثيراً لوحدى مباشرة ، ثم راجعت

نفسى فإذا بى لم أعد أطيع الهوسى خفيف الظل ، وأخذت  
أحس بقسوة مرجه ووحشته الساحقة لمشاعر غيره ، ولكنى  
إذا ما تعمقت معه ووصلت إلى ما يخفى وراء هذا المرح الداخلى  
من آلام قاسية واكتئاب مر .. تحملته واقتربت منه ثانية ..

وفى المراحل المتأخرة من تطورى الاكلينيكي أصبحت  
أقبل على المريض ذى الشخصية المضطربة حتى من النوع المضاد  
للمجتمع أو اللزج .. وكذلك النقصانى المتهور .. وحين  
أقول « أقبل » لا أعنى شفقة وإنما تقبلاً وصبراً ومشاركة  
وحين كنت أقيم طلبتى كنت أنتبع مواقفهم واستقبالهم  
ومن خلال ذلك أستطيع أن أحدد درجة تطور كل منهم  
بشكل مبدئى عام . . .

إذا .. فهذا الانطباع الأول يختلف باختلاف درجة  
تطور الطبيب ، وكذلك يختلف باختلاف الحالة الوقتية  
لكل منهما .

أماما يحدث بعد هذا الإنطباع أو لال "المختلط" بجوانب عاطفية فإنه هو ذاته ما يحدث بالنسبة لأي فرض علمي مبدئي:

يوضع الفرض المبدئي مكاناً للتحقق ، وتستمر المقابلة بالحصول على مزيد من المعلومات ، ومتابعة مزيد من الملاحظات والقيام بعدد من الفحوص ، وفي كل خطوة من هذه الخطوات يتأكد هذا الفرض التالي تلقائياً ، أو يرفض فيستبدل تلقائياً لتتدرج الخطوات حتى نصل إلى الاستنتاج الأول ، ثم يكون مرور كل يوم بعد ذلك ، وإضافة كل معلومة هو السبيل لتحقيق هذا الاستنتاج أو إعادة النظر فيه .

وحق يكون البحث العلمي مضبوطاً ناجحاً ومفيداً ، فإنه لا بد أن يبدأ بفروض مرنة . . . تظهر فعلاً كفروض قابلة للتحقيق والتغيير معاً لتصبح بالتالي قابلة للرفض أو التعديل ، ولا يمكن أن يتم ذلك إلا بوجود بدائل واضحة منذ البداية أو بدائل جاهزة للخروج فور ضعف الاحتمال الأول ، وعلى

قدر علم الفاحص وإدراكه للبدائل المحتملة ، وعلى قدر قدرته  
على المراجعة والتغير ، يكون تقييم نموه كأداة بشرية سليمة في  
الاتجاه السليم . . . .

وعادة ما تكون هذه البدائل في « أرضية » فكره  
( أو على هامش وعيه ) تاركة البؤرة أو شكل الجشعات  
للفرض الأول حتى لا يعاق تسلسل التفكير العلى ، وحين  
يضمف « الشكل » بمحتائق جديدة ... حتى يصل من ضعفه إلى  
حدة أقل من « الأرضية » يتبادل معها ، فتقترب البدائل من  
بؤرة الوعي ويتنحى الفرض الأول إلى هامشه وهكذا ....

ويسير الفحص الإكلينيكي منذ بداية الانطباع الأول  
لترجيح الشكل ( الفرض البدئي ) على الأرضية ( الفروض  
البديلة ) لكنه لا يصر على ذلك ولا يفتعل له للواقف ، وهنا  
يلتزم الفحص بأسلوب معين يسير به جوانب الموقف جميعه ،  
فهو يضمف لكل سؤال يسأله عدة أجوبة محتملة ( يعنى ذلك أو

لا يعنيه : لا يهم ... فهذه عملية تلقائية متصلة ) وعلى حسب كل إجابة يتحدد موقف الفرض الأول وما يليه من فروض حسب مرحلة الفحص ... وهكذا ، وكلما زادت الخبرة كلما زاد وعى الفاحص بما يفعل ، وأدرك أن أسئلته وملاحظاته إنما تنبئ دائماً على مخزون ذاكرته ، وطبيعة موقفه من نفسه ومن المريض ، وهكذا يقترب رويداً رويداً من الاعتراف بأنه يتوقع دائماً أجوبة بذاتها ، في نفس الوقت الذى يتدرب على قبول إجابات مخالفة أو إجابات لم يتوقعها أصلاً لتعديل مسار فكره ( أى ترتيب خطوات بحثه العلمى ) وبهذه الطريقة تصبح كل حالة فى ذاتها بحثاً قائماً بذاته تزيد من قدرة هذه الأداة البشرية وتحسن من مستوى أدائها ، وتؤكد هذا البحث فيما بعد خطوات التتبع والعلاج ودراسة النتائج المترتبة على الاستنتاج الأولى من الفحص البدنى ...

فكم بحثاً علياً يقوم به الطبيب الممارس يومياً ؟

وما أثر هذه الأبحاث العلمية على تكوينه الشخصي ،

وعلى تحسين أدائه وترجيح موضوعيته ؟

وهل يمكن أن توجد وسيلة — أو وسائل — لمساعدة

الممارس الإكلينيكي في أن تكون نتائج أبحاثه اليومية وسيلة

في تغيير نوع وجوده هو ذاته بحيث تصبح خبرته جزءاً من  
كيانه وباباً لتوسيع دائرة وعيه وبالتالي لتطور ذاته وعلمه معاً ؟

وما دام هذا البحث الذى بين أيدينا — وأمثاله — قد

أعطى الممارس ذا الخبرة التى حددها بفترة معينة ودرجات

علمية خاصة ، قد أعطاه هذه القيمة المطلقة فى ذاتها .. وأثبت

أنه مصدر أساسى فى الحكم على الظواهر فهل ينبهنا هذا إلى

مزيد من العناية المدروسة بهذه الأداة البشرية التى لا غنى

عنها فى مجالنا هذا ؟



وكان درجة الخبرة التي اشتراطها الباحث هنا ، هي في حقيقتها إعلان عن طريقته في انتقاء الأداء البشرية ذات الكفاءة الخاصة ( تمحدها هنا حتما عدد الأبحاث الإكلينيكية التي قام بها أعنى عدد الحالات التي فحصها يجد ومسئولية ، والتي نرى حدسه الإكلينيكي من خلالها ) وكان الباحث في بحثه هذا قد اعتمد حتما — ولو بطريق غير مباشر — على آلاف الأبحاث اليومية التي ترسبت في أعماق أدائه البشرية يوماً بعد يوم

---

خلال المدة التي اشتراطها خبرة هذه الأداة ، غير أن الباحث في نفس الوقت قد عرض أسئلة تتعلق بظواهر طرفية (الأعراض) دون النوص إلى مركز الاضطراب ، إلا أنه قد اعتمد في اختيار أدائه على كيان متكامل إذ اعتمد على تلقائية الباحث ككل دون إبداء أسباب ترجيحه هذا الفرض على ذلك ، وكأنه كان يقيس ظاهرة طرفية بأداة مركزية كلية وبذلك ألم بأطراف المشكلة من واح متعددة وبضربة واحدة .

وأخيراً ، فلملي أطلت في هذه النقطة أكثر مما ينبغي ،  
إلا أني أحببت أن أعيد للنقص الإكلينيكي قيمته من خلال

---

تحليل الأداة التي استعملها الباحث في بحثه ، وأردت في نفس

الوقت أن أعلن مسئوليتنا عن كفاءة هذه الأداة التي ينبغي

أن نضع لها مواصفات خاصة مثلما نضع لأي أداة أخرى ،

وهذه المواصفات في الطبيب النفسي ، والعمل على تحقيقها أثناء

تدريبه ، هي التي تسمح لنا بالارتكان إليها والاعتماد عليها

بأمان على وجه خاص هذا دافعاً للباحثين في المستقبل في اختيارهم

لهذه « الأدوات البشرية » أن يضعوا مواصفات بذاتها —

إلى جانب الخبرة — تجعل نتائج بحثهم أكثر اتساقاً وبالتالي

أقرب إلى الحقيقة ... ، ولا ينبغي أن نخاف ابتداء من السؤال

الذي يمكن أن يطرح نفسه في صوت عالٍ ألا وهو: ولكن « من

---

الذي يحكم على من ؟ » وهو سؤال حاسم دائماً ، إلا أن أي

باحث يتعمد للبحث العلمي لن يستطيع بحال أن يعفى نفسه

من مسئولية الحكم المستمر على الأداة التي يستعملها وعلى

الأداء الذى يجرى به بحثه ، وإنما هو يستمين بتنظيم منهجى ومقاييس تفصيلية لتحسين قدرته على الحكم على الظواهر ، لا لى تقوم مقامه بهذا الحكم فهو فى النهاية صاحب رأى وصاحب المسئولية معاً لأنه صاحب الحكم ، ولعل أقدم تصورى للمواصفات التى تجعل هذه الأداة البشرية ( الطبيب النفسى ) فى أحسن أحوالها فيما يلى :

١ - أن يكون الطبيب ملماً بالأسس العامة لفرع تخصصه من مصادرها المتاحة ، وبصفة متجددة ، على أن يكون موقفه من اطلاع ، موقف القارئ الخلاق ، لا المتلقي فى استسلام ، حتى إذا ما حاول باستمرار أن يختبر إمكانية تطبيق ماقرأ أو تعلم كان أمامه سبيل للمراجعة ، وهكذا يمكن باستمرار التقريب بين ما هو نظرى وما هو عملى ، وكذلك بين ما هو مثالى وما هو ممكن من خلال هذا الموقف الذى يشمل التهديد المستمر بالإحباط ، ومن ثم الألم الشخصى ، لا بد وأن يضع فى اعتباره احتمال تغيير ذاتى مستمر ... وقد يعنف أحياناً .

٢ - أن يكون على اطلاع متوسط بنبذة من العلوم الأساسية التي تكون الأرضية الثقافية لعصره من تاريخ وفلسفة واجتماع وغيرها بما يمثل الأصول النظرية لماهية الإنسان وطبيعة وجوده حيث أن هذه الأرضية تؤثر بطريق مباشر على المريض، وعلى الطبيب على حد سواء ومن ثم على العلاقة بينهما، وعلى الانطباع الأول وتسلسل الفروض للوصول إلى تقويم سليم .

٣ - أن يكون مسائراً للأحداث اليومية، بمعنى أن يكون حليماً بما يجري في الحياة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية من حوله وما يصاحبها من تغيرات في الأفراد والجماعات، بادنًا بالبلد الذي يعيش فيه، وأن يتخذ موقفاً واعياً من هذه الأحداث حتى لا يؤثر موقفه هذا دون أن يشعر على مريضه، فإذا كان لابد من تأثير وتأثر - فلا بد أن يكون في مجال الوعي تحت الضوء ما أمكن، على أن هذه المتابعة اليومية - وفي ظل سرعة الاتصالات العالمية - لابد وأن تتعدى حدود وطنه ليساير من موقفه الواعي كل التحركات في العالم التي تؤثر ضمنياً على نوعية

وجوده ووجود مريضه ، ولعل هيجل كان يعنى هذا البعد حين أشار إلى أن قراءة الصحف اليومية هى الصلاة اليومية لإنسان العصر .

٤ - أن تكون حياته الشخصية على درجة من الاستقرار ، لا بمعنى الثبات والجود ، ولكن بمعنى الوعى ووضوح السيرة فى حركة هادئة ما أمكن نحو مزيد من الإيجابية والمسئولية ، فاتحاً باب المراجعة المستمرة والقدرة على تغيير مفاهيمه ، وفى الوضع الراهن لممارسة الطب النفسى فإن فصل تأثير « الحياة الشخصية » ، على الممارسة المهنية أمر مشكوك فى إمكانية حدوثه فى الوعى أو فى اللاوعى .

٥ - أن يكون متابعاً لمسيرة الاتجاهات المختلفة فى فرعه .

٦ - أن يكون واعياً للتعيرات التى يمكن أن تطرأ على

فكره وعواطفه بمرور الزمن - من خلال ممارسته لمهنته وحياته ، لتجعلها تتم - قدر الإمكان - باختيار وإدراك

ومسئولية .

٧ — أن تكون له رؤية للحياة ، ورأى في تفاصيل مسيرتها ليتخذ من هذا وذاك موقفا في الوجود ... يترجمه إلى فعل يومي بسيط ما أمكن .

٨ — أن يكون مستعداً للتغيير من خلال الاحتكاك المستمر ، وبخاصة من رؤية مرضاه وتفحصهم ، حتى تصبح ممارسته هي ثروته الحقيقية ودافعه لمزيد من التغيير نحو الموضوعية .

٩ — ألا يكتفى باتساع دائرة وعيه بمعنى شحذ بصيرته ، ولكن عليه أن يختبر حقيقة بصيرته تلك بمراجعة آرائه إزاء فعله اليومي ، وفي مجتمعه الصغير ، وفي ممارسته المهنية .

١٠ — أن يدرك ضرورة معايشته « وحدته » الخاصة في شجاعة ، مع إدراك حاجته للآخرين وطريقته في إشباع هذه الحاجة ذهاباً وإياباً بوعي وإرادة من نفسه إليهم وبالعكس .

وقد اضطررت إلى وضع هذه المواصفات التي تبدو بعيدة عن التحقيق كواقع حالي ، إلا أنها ينبغي أن تكون في ذهن

الباحث الذى يتخذ من العايب أداة بحثه ، ولا شك أن تحقيتها فى شكلها المطلق غير واثمة ، ولكن بقدر اقتراب الأداة البشرية من هذه المواصفات بقدر اعتمادنا على حكمها الموضوعى ، وهى مثل أى أداة ... لا ينبغي أن تتطلب فيها كفاءة مطلقة ولكن علينا أن نتقرب دائماً من درجات أكبر وأكبر من الكفاءة وأن نقيم نتائجنا حسب درجة كفاءة الأداة المتاحة .

ثالثاً : الطب النفسى المصرى

والطب النفسى التطورى

أشرت فى حديثى من مصادر الخطوط العريضة لفكرى النظرى ومدى ارتباطى بنظرية التطور ، الأمر الذى جعلنى أتصور كثيراً أن ما أمارسه وأؤمن به هو ما يمكن أن يسمى « الطب النفسى التطورى » Evolutionary Psychological Medicine ، ذلك لأن رؤيتى لما أعتقد نظرياً

رما أمارس عملياً هي رؤية تؤكد دور الطبيب النفسى كعامل مساعد أو معوق لمسيرة التطور من واقع ممارسة خاصة لمداواة المرض النفسى الذى لا أراه إلا من مضاعفات هذه العملية البيولوجية الخطيرة - التطور الحيوى - والتي يتميز الانسان عن سائر الحيوانات بالوعى بها ، ويشتد وعيه بها بشكل عنيف أثناء اندفاعه المخ بغض النظر عن نتائجها إن سلباً أو إيجاباً .

وقد قدرت من واقع ممارستى أن النجاح فى هذه العملية لا يزيد عن واحد فى كل ألف من البشر فى أحسن الظروف الملائمة ، رغم أن نسبة الذين يبدؤون فى المحاولة لدرجة ظهور سلوك مميز لتتاجها هم عشرة فى كل ألف لكن الفشل يحدث فى ٩ من كل ألف ، وهى نفس النسبة الشائعة لمرض النصام ، وقد وصل إلى نفس هذا الانطباع كثيرون غيرى من بينهم برنارد شو مثلاً . . . ، وبديهي أنى لم أدرج المضاعفات الأخرى غير النصام وهى كثيرة



بشكل مزعج ولا مجال لمناقشتها هنا.. سواء كانت مضاعفات  
تسمى بأسماء أمراض نفسية أم مضاعفات تندرج تحت  
الاغتراب اللامبالي في الحياة العادية ..

هذا بالنسبة لاندفاعات المخ التناوبية المعانة ولكن  
الاندفاعات الخفية والخفية تقع في إطار ما قدمت سابقا  
ويقتضاه عنها حتى تقتصر على النوم واليقظة في أغلب  
الحالات .

ولكنني وجدت نفسي مؤمن أشد الإيمان برؤية محلية  
تماما لدرجه دعنتي إلى التساؤل عن إمكانية وجود ما يسمى  
بالطب النفس المصري ؟

ولما كان هذا السكتيب هو رسم خطوط عامة لموقف  
فقد أردت أن أختمه بإثارة هذه القضية ..

وأنا لا أرى أى تناقض بين الالتزام بفكر تطوري  
تقاس الوحدة الزمنية فيه بعشرات الآلاف من السنين

وتتعدى طبيعة شموله حدود الوطن بل الوجود البشرى ،  
وبين الالتزام بتأكيد إمكانية حياة علمية صادقة في مصرنا ،  
تسهم في بناء حضارة إنسانية أصيلة تتعدى الحدود ...  
ولكنها تحمي مجدنا الحضارى الأصيل وتتخطاه بخطى المعصر  
المملقة .

لهذا فإنى أقتطف هذا الجزء الخاص بما يسمى مناقشة  
« مصرية » فرعنا هذا من نفس المقدمة التى اقتطفت منها  
الفقرة السابقة لأتمم بذلك هذا الكتيب الفهرس بما يؤدى  
الهدف منه على حد تقديرى .

ولكن قبل أن أبدأ فى مناقشة هذه القضية ،  
أحب أن أوضح نقطة جانبية بالنسبة لتفاصيل هذه الفقرة ،  
ولكنها جوهرية بالنسبة لتحديد مكان الموضوع الذى  
أتحدث عنه بين العلوم ، إذ لابد من تحديد مفهوم العلم  
ابشداً حتى لا يختلط الأمر فى تحديد موقع الطب  
النفسى وهل هو حرفة أم فن أم علم أو هو كل

ذلك ، فهو « علم » بالتعريف الذى ارتضيته وأوضحته  
« للعلم » حين تصورت أن موقفنا لن ينصلح أبداً إلا بإعادة  
الفكر فى تعريف العلم بشجاعة تناسب خطى العصر العملاقة ..  
فعندى أن العلم هو : « وسيلة معرفية لتوسيع المدارك  
والوعى يغلب عليها استعمال النسق الفرضى الاستنتاجى ،  
وعادة ما تكون معطياته قابلة للاختبار ولكنها  
ليست بالضرورة قابلة للإعادة . » وهذه الوسيلة تشمل جمع  
المعلومات بنسق ملتزم كما تشمل إعادة تنسيقها ، والعمليةتان  
مرتبطتان ارتباطاً مباشراً بدرجة موضوعية وعى القائم  
بهما . وتحقيق المعلومات وتتصاعد الفروض فى هذا السبيل  
بعدة وسائل تشمل إعادة التجريب ، واختبار التطبيق ، وتقييم  
الإفادة فى تحقيق مداها والوصول إلى غايتها ، ودرجة  
تناسقها مع المعارف الموضوعية الأخرى وكذلك مدى  
صلاحيتها أمام اختبار الزمن .

وهذا التعريف رغم ما به من إطالة هو الوحيد في  
تقديرى القادر على استيعاب الطب النفسى - العلم - وكذلك  
بعض التفكير الفلسفى وأغلب العلوم البحتة فى إطار واحد  
دون إلزام بوضع بعض عمالقة العلم فى جدران معمل مبعطن  
برصاص الخوف وسهام التشكيك .

وعلمنا إذا هو علم - بهذا التعريف ، ومن هذا  
المنطلق نحدد أبعاد ما نتحدث عنه ، سواء تحدثنا عن  
ارتباط ممارسته المحلية بمصيرتنا ضرورة ، أو تحدثنا عن  
إسهامه - سلبا أو إيجابا - فى مسيرة التطور البيولوجية  
بالمفهوم البيولوجى التطورى الشامل .

أما جانبه الفنى والجرح فى فاتركه الآن مرحليا .

ثم أبدا بطرح السؤال : هل يمكن أن يوجد ما يسمى  
الطب النفسى المصرى ؟ وهل يمكن أن نتكلم - إلى  
حد ما - الآن أو مستقبلا عنه كما نتكلم عن الطب النفسى  
الإنجليزى ، والطب النفسى الفرنسى ... الخ ؟

ولعل هذا الرّوال يرجعنا إلى قضية أساسية وهي الخاصة  
بعالمية العلم في مقابل وطنيته أو محليته ، فالعلم بصفته أحد  
أوجه الحقيقة ومظهر من مظاهر المعرفة إنما يشير إلى مقولات  
عامة ليس لها وطن ولا صاحب إلا الحقيقة ذاتها ، إلا أنى  
مع الرأى الذى يتجه إلى الاهتمام بالشكل مثل الاهتمام  
بالجوهر ، فالعلم فى النهاية شكل من أشكال الحقيقة ،  
وهذا الشكل لا بد وأن يتأثر بالأرض التى يظهر عليها  
والإنسان الذى يعبر عنه ، وإن لم يغير هذا من جوهره ،  
ولا يمكن فى مرحلة تطور الإنسان الحالى أن يقفز العلم فجأة  
ليستغنى بصفاته العالمية عن أشكاله المحلية ، فتعميق الاختلاف  
إذاً بين الصور التى يظهر بها هنا وهناك هو الخطوة الأساسية  
نحو السعى إلى درجة من الاتفاق تتزايد كلما تحسنت وسائلنا  
وصدقت فى التعبير عن الجوهر أو عن الحقيقة ، وبهذه  
الصور المحددة رغم احتمال اختلافها يكون التعاون بين الناس  
(العلماء) فى كل مكان تابع من مجموع إيجابيات اختلافاتهم النوعية

سواء الحالية أو التاريخية وبالتالي فإن ما يمكن أن يضيفه الإنسان ( العالم ) المصرى إلى ثروة المعرفة هو نابع من وجوده الخاص المتميز ، ولكنه يصب فى وعاء العلم عامة وبلاخصوصية أو تميز ... ، فإذا صح هذا فى كافة العلوم فإنه يصح بوجه خاص فى علمنا هذا ، حيث أن مشكلته تتعلق بالوجود البشرى ونوعيته فى الصحة والمرض وذلك تحت مختلف التأثيرات : البيئية والحضارية والوراثية والكيميائية ... الخ ، ذلك الوجود الذى هو التعبير الكلى لتوازن أو اختلال عمل مستويات المخ : أرقى أعضاء الإنسان وأعقدها .

وللإجابة على السؤال الذى طرحته فى أول هذه الفقرة أستطيع القول أن هذا البحث يضيف تأكيداً إلى الإجابة المحتملة عندى فهقرر .. « أنه يمكن — بل ينبغى — أن نبدأ الحديث عن ( الطب النفسى المصرى ) ، وأن نبحث فى دوره

الممكن لإثراء هذا الفرع العظيم من الطب ، وأن نجدد معالجه حتى نبدأ الحوار الخلاق مع اليناثات الأخرى : تبادلًا للمعرفة وتنويراً لمختلف زواياها » ولعله يجدر بي أن أذكر هنا طرفاً من حوار جرىء مع زائر أجنبي هو الأستاذ الدكتور إ. فيلر تورى E . Fuller Torrey ( المساعد الخاص لمدير الخدمات الدولية للمؤسسات الأمريكية في مجال الصحة العقلية ) وذلك عقب محاضرة ألقاها في الجمعية المصرية للطب النفسى عام ١٩٧٠ حيث قال بالحرف « . . . . إن المطلوب من الأطباء النفسيين في مصر هو أن يقدموا ملامح الخبرة المصرية التى قد تضيف جديداً إلى الثورة القادمة في الطب النفسى ، وبالتالي فإنهم قد يسهمون فى تمخلى القصور البادى فى هذا العلم كما يمارس فى الغرب » . ولعلنا نعتزف ابتداء أن علم الطب النفسى — بتطبيقاته الحالية — ما زال علماً قاصراً ، سواء فى مجال دوره العلاجى أو فى الإسهام بدور وقائى ، أو فى التنوير إلى دور ارتقائى ، وقد لبس ثوباً فضفاضاً فى بعض مجالات الحياة أحياناً ،

كما أنكروا دوره تماماً في مجالات أخرى ، وهو لهذا وغيره  
ير بأزمة عالمية - أرجو أن تكون صحيحة - كان من بعض  
مظاهرها ما ظهر في صورة حركات المقاومة التي سميت « بالحركة  
المقاومة للطب النفسي » Anti - Psychiatry Movement  
والتي يقودها في إنجلترا لانج وكوبر وفي الولايات المتحدة  
زاس وفي إيطاليا بازا جليا . . . الخ والتي لاقت رواجاً بين  
عامة الناس وبين بعض شباب الأطباء النفسيين بدرجة تجعل  
مواجهتها ومراجعة أسبابها ضرورة ملحة ، علينا إزاء ذلك  
ونحن لم نتورط في فرط الثناء الذي أصبح معوقاً لهذا الذرع ،  
علينا أن ندرك تصور فرعنا هذا بوضعه الحالي ، ثم نحاول ،  
من موقعنا أيضاً - أن نثر على « وُلاف » Synthesis  
بين المتصارعين ، وذلك بأن تصبح لنا شخصيتنا المستقلة عن  
كلا الفريقين ، وبأن نستفيد من إيجابيات كل فريق وأن  
نتخطى سلبياتهم ليتأكد في النهاية دور الطب النفسي في  
العلاج والوقاية وتطور المجتمع والإنسان بصفة عامة :



إذا ... فالدور الذى ينتظر الطب النفسى المصرى  
( كنموذج لنشاط الدول النامية ذات التاريخ الحضارى  
الخاص ) دور قد يسهم إسهاماً أصيلاً فى مسيرة هذا الفرع  
عامة ... ومن ثم فى مسيرة حضارة الإنسان .. ، وفى تصورى  
أن علينا أن نبدأ دون تردد فى أخذ هذه المسئولية بصورة  
جدية لتنتلق قدراتنا على قدر جهدهما المتواضع ومن واقع  
أصالتنا الفعلية .

ولعل لا أكتفى لإثبات هذه الأصالة بالرجوع إلى التاريخ  
القديم وذكرك الأمراض التى وردت أشكالها وعلاجها عند  
قدماء المصريين مثل المستيريا والصرع ، ولا إلى التاريخ  
المتوسط حين أصبح تاريخنا جزءاً من تاريخ الأمة العربية  
والإسلامية لتستشهد بأصالة رواد عظام مثل ابن سينا والرازي  
فى تأكيد الدور الرائد ، ولكفى الجأ إلى التاريخ القريب  
لنلقى نظرة عابرة على بعض محتويات كتاب صفيح (١٩٢ صفحة)

كان يدرس الطلبة مدرسة الطب قبل أن يصبح التعليم فيها  
باللغة الإنجليزية في عام ١٨٩٨ ، وهو كتاب «أسلوب الطبيب  
في فن المجاذيب» تأليف الدكتور سليمان نجماتي مدرس  
الأمراض العقلية بمستشفى القصر العيني ، وقد صدر سنة ١٣٠٩  
هجريّة (الموافق ١٨٩٦ ميلادية) وما نكاد نعرف محتواه  
ودوره المتواضع حتى ندرك حقيقتين :

الأولى : أن هذا الفرع كان موضع اهتمام في تدريس  
الطب وإعداد الطبيب العادي ، لا يكاد يحظى بمثلته حالياً  
وبعد ما يقرب من مائة عام .

والثانية : أن بعض ما ورد في هذا الكتاب ( الصادر  
حول إعلان كريبلين سنة ١٨٩٦ ) عن مرض الجنون المبكر ،  
( « انقسام » فيما بعد ) هو سبق علمي يعاد اكتشافه حالياً  
بكل الوسائل الحديثة ، ولعله من المفيد أن أعرض في هذه

العجالة أمثلة موضحة لهذا السبق العلمى حتى لو كان مجرد تجميع  
للمعلومات السائدة فى حينه باللغة العربية لتدريسها فى مدرسة  
الطب المصرية ، يقول هذا الكتاب فى الصفحة الحادية عشر :

« إن المخ متجانس التركيب ، فكل جزء من أجزائه

---

متمتع بمجموع خصوصيات الكل ومن ذلك يتأتى المويض

الوظيفى بين عناصره ... هذا رأى بعضهم ... »

( لاحظ توافق هذا الرأى مع أحدث ما قال به لاشلى  
فى طريقة حفظ المعلومات فى مخزن الذاكرة ... ، ومع نموذج  
المولوجرام والفونوجرام لتوضيح هذه العمومية لكل جزء  
بذاته ) .

ثم يستطرد لمرض الرأى الآخر عن فلورنس معارضاً  
آراء جال صاحب نظرية الفرينولوجيا التى تشير إلى علاقة  
الشكل الظاهرى للدماغ وعظام الجمجمة للأحوال النفسية  
والطبائع يقول :

« . . . غير أنه لا يقول بأن المخ متجانس التركيب ، بل هو يذهب إلى أن المخ وظائف نوعية ووظائف عامة ، ف بجانب الفعل الخاص *Action Propre* لكل جزء من أجزاء المخ ، يجمع هذه الأجزاء فعل مشترك *Action Commune* . »

( لاحظ وجه الشبه بين هذا النقاش العلمى ومحتواه وبين ما تجرى به الآن الدراسات لمحاولة اكتشاف تعدد مستويات المخ ، وتعدد حالات الذات *Ego States* مع احتمال وجود فعل عام ونقطة انبعاث خاصة *Pace maker* فى كل مرحلة وكل شكل من أشكال الوجود (المدارس من «ساندور رادو» إلى «إريك بيرن» )

ثم يبلغ قمة الحدس العلمى حين يشير إلى الازدواج بين نصفى المخ ، وتداخل الارتباط بينهما فى حالات الأمراض العقلية حيث يقول ص ١٣ :

« ... والفرق بين نصفى المخ اليسارى واليمينى يفسر أهلوسة بأنواعها ، وحالة الازدواج الشخصى » ( ولقد أشار

بيير جانيه ، وبرجسون بعد ذلك إلى مثل هذا الاحتمال ...  
ثم ظهرت تفسيرات فسيولوجية نفسية تؤكد تميز عمل  
نصف المخ .

ويلاحظ أن الدكتور سليمان نجاتي ذكر الازدواج  
الشخصي وصف بلويلر الفصام أن يصف على أنه انشطار  
فعلا ، .. وهو من واقع تعبيره ، لا يعنى الازدواج  
المستبرى بقدر ما يعنى الانفصام الأمر الذى يشغل كل  
المشتغلين حالياً بدراسة الأسس الفسيولوجية لهذا المرض .

ثم إن الدراسات المستفيضة الحديثة عن عمل نصفى المخ ،  
وتأكيد ازدواجيته ، ودورها فى الإبداع الفنى عبر الجسم  
الندمل ، ثم عن مسئولية عدم التوافق بينهما أو طغيان  
أحدهما على الآخر إنما تشير جميعاً إلى خطورة هذه الإشارة  
الصادقة التى وردت فى هذا الكتاب المصرى المتواضع  
مما يعتبر سبقاً لا يمكن إنكاره .

فلو أن هذا الطبيب المعمرى تلكأ في وضع هذا الكتاب  
أو إبداء هذا الرأي لأضاع سبقاً هاماً في محاولة فهم عمل  
المخ بشكل ما ...

وقد أطلت في هذا الاستطراد لأشير أولاً أننا لا نبدأ  
من فراغ حتى بالنسبة للماضي القريب، وأشير ثانياً إلى ضرورة  
تسجيل الذكر حتى لو كان رؤية عامة غير مثبتة وإنما هو حدس  
إكسينيكي ينتظر الإثبات بعد حين ... ، وبهذا نندفع خطوة  
أخرى نحو انتفاضة تزيل الشموخ بالفتق ، وتؤكد أن هذه  
البداية التي يعتبر هذا البحث الذي أقدمه خطوة أخرى في  
طريقها هي بداية لازمة وغير متعجلة ... ، ولنا أن نأمل أن  
ينقلوا عنا كافات مثلما ننقل عنهم ، وليس قل كتاب « طب  
الركة » الذي ألفه الطبيب عبد الرحمن إسماعيل سنة ١٨٨٣ ،  
وترجمه إلى الإنجليزية جون ووكر عام ١٩٣٤ ثم نقل عنه ،  
ليس هذا الحدث يبعيد .

وهنا أحب أن ألفت النظر إلى أن موقفنا بين الدول المسماة بالنامية قد يجعل النظرة إلينا نظرة «مقلدين بالضرورة» وبالتالي لا نحتاج إلا إلى التوجيه مثلما ورد مثلاً في المقال المنشور في المجلة البريطانية للأمراض النفسية (عدد يونيو ١٩٧٦ المجلد الثامن والعشرين بعد المائة ص ٥١٣ — ٥٢٢ جيبيل ، وهادنج) حيث ذكر الأولويات المتعلقة بالصحة العقلية في الدول النامية بطريقة سطحية لم تصل إلى احتمال إمكانيات هذه الدول أصالة وإثراء ، بل جعل يقيس هذه الأولويات بنفس التقاسيم والمشا كل الشائعة في الغرب ، علماً بأن مجرد السير في نفس الطريق لن يزيد الهوة بيننا وبينهم إلا اتساعاً كما أنه قد يحرمهم من الأصالة والتلقائية المحتملة الظهور في دول ذات تاريخ خاص رغم تخلفها الحالي مثل مصر .

ثم أوجز الحقائق التي أردت عرضها بين يدي القارئ حتى هذه المرحلة ، تذكرة وتحديداً :

أولاً : أننا لسنا أقل من غيرنا فكراً وأصالة .

ثانياً : أن أي جهد مصري أصيل ، أو فكر مصري مبتكر ينبغي أن يسجل للعلم والتاريخ ، وسوف يأتي اليوم الذي يثبت فيه أو يفتى ، ولا يوجد مبرر تاريخي أو واقعي يحمل شعورنا بالنقص أو التبعية يكبل فكرنا ويعوق النشر لدينا .

ثالثاً : أن الترجمة من « العربية » احتمال قائم ، وعلى من يريد أن ينطلق ابتكاراً « بلسان الأم » ألا ينتظر ، فإن الفكر الأصيل كلما ازداد أصالة كلما ارتبط بالوجدان الأصلي للتعلم بنشأة اللغة ، وبالتالي كان التعبير بلسان الأم أكثر صدقاً إذا كان الابتكار والأصالة مطروحين كظواهر ضرورية لنمونا وتقدمنا ، وفي مثل هذا وقت بمحاولة خاصة لأقدم فرعاً من أصعب فروع علمنا وهو « علم السيكيوباثولوجي » نظماً بالعربية لاثبت أن لغتنا ليست قادرة على الإمساك بزمام العلوم بحسب بل إنها قادرة على صياغتها في شكل فني أصيل كذلك .



رابعاً : أن مناجز التاريخ وحدها لن تبرر وجودنا، ولكن  
جهدنا الحاضر الملتزم هو المحسوب لنا أو علينا .

على أنه ينبغي أن نقرر هنا أن المحاولات المصرية  
بدأت - في فرعنا - جادة في الآونة الأخيرة مما يشجع أن  
نذكر هنا بعضاً منها

أولاً : المؤلفات والأبحاث والنظريات المصرية في الطب النفسي :

ظهر في مجال البحث العلمي ، والتأليف في الطب النفسي (\*)  
في مصر أبحاثاً عديدة دارت حول شكل الأعراض ،  
أو الأمراض في البيئة المصرية ، وامتدت إلى دراسة الأسرة  
لبعض أنواع المرض ، وكان من بين هذه الدراسات محاولات  
منشئة وابتكارية تؤكد أصالة الفكر المصري في هذا  
المجال .

---

(\*) لا تشمل هذه الإشارة للجهد الفائق المخلص لزملائنا علماء النفس ،  
لأن ما أورده هنا هو مجرد امثلة وليس حصراً .

ولا بد أن نقدر ابتداء رائدين كانا مسئولين عن تكوين  
المعالم الأولى لشخصية الطبيب النفسى فى مصر — كل فى مجاله —  
وأعنى أستاذنا محمد كامل الخولى فى مجال وزارة الصحة وأستاذنا  
عبد العزيز عسكر على مستوى الجامعات ، فإن أى فضل  
بعدهما لا بد وأن يرجع بطريقة ما إليهما .

أما بالنسبة للمكتبة العربية فإن انتظام ظهور العدد العلمى  
للمجلة المصرية للصحة العقلية سنوياً منذ سنة ١٩٧١ يعتبر حدثاً  
يستحق التسجيل والتوثيق ، وخاصة بالنسبة لما نراه الأستاذ  
الدكتور عمر شاهين ، كما تلقت المكتبة العربية كتباً  
عديدة بالعربية مثل كتاب الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة عن  
الطب النفسى المعاصر ( آخر طبعاته ١٩٧٦ ) وكتاب الأستاذ  
الدكتور عمر شاهين وشخصى عن مبادئ الأمراض النفسية ( آخر  
طبعاته سنة ١٩٧٧ ) وقد أورد الأول بعض نسب تواتر  
الأمراض فى البيئة المصرية كما قل أغلب ما استحدث  
فى هذا الفرع إلى العربية فطاوعته اللغة وأثبتت جدارتها ، أما  
كتاب الأستاذ شاهين مشتركاً معى ، فقد كان محاولة سابقة مختصرة

وضع أصلاً لمستوى دراسي أقل من الجامعة (مدارس التمرّيز) ولكنه تميز بشمول حالات محلية واضحة للعالم المصرية. الأمر الذي تكرر في كتابنا بالإنجليزية ( ألف باء الطب النفسى (١٩٧١) (A. B. C. of Psychiatry) حيث أوردنا الحالات في جزء من عرضها باللغة العربية رغم أن الكتاب بالإنجليزية، وكان هذا في ذاته تأكيداً لما أحاول إيضاحه هنا في هذه المقدمة فلم يكن ورود الأعراض والشكوى بالعربية لجرد الإيضاح أو الاستسهال حيث أكدنا في المقدمة أن المريض إنما يمرض « بالعربية » ، ولا بد أن نقول عنه أولاً بالعربية ، ثم نحاول بعد ذلك أن نترجم ما يقول ، ولكن هذا الكتاب بالذات كان بداية محاولة خاصة بنظرية معربية أصيلة فهو أولاً قد قدم تقسيماً جديداً لمجموعة من التشخيصات تحت ما أسماه الحالات «الوسط» Intermediate disorders حيث أدرج أغلب اضطرابات الشخصية مع بعض «الحالات المتبقية عقب إعطاء وحدة الذهان، وكذلك بعض الحالات الذهانية المجهضة، فسبق

وواكب بذلك الفكر العالمى فى الإشارة إلى النظرة الجديدة  
لاضطرابات الشخصية كمكافئات للذهان عامة والقصام خاصة،  
كما اقتحم نفس الكتاب مجال السيوكوباثولوجيا حيث قدم  
تفسيراً للقصام على أساس أن يكون الاضطراب الأساسى هو  
فشل رموز اللغة فى أداء وظيفتها الاجتماعية (قارن أربى فيما  
بعد فى كتابه « تفسير القصام »).

كذلك وضع كاتب هذه السطور نظريتين جديدتين  
إحداهما عن مستويات الصحة النفسية على طريق التطور الفردى  
آملاً أن يفيد فى إعادة تقسيم الأمراض النفسية بشكل غاى،  
والأخرى عن تحرير المرأة وتطور الإنسان آملاً أن يكون لها  
أثر تطبيقى فى العلاج النفسى بوجه خاص، وبديهى أن هذه الأمثلة  
هى فروض عاملة تقترب من النظرية فى تواضع على أن المتتبع  
لحركة تطور علمنا هذا ( الطب النفسى ) والعلوم المتصلة به يعلم  
تمام العلم أننا ما زلنا — فى أغلب مجالات معرفتنا فى مرحلة  
الفروض العاملة — حتى بالنسبة لآراء سيجموند فرويد فى

التحليل النفسى رغم الانتشار والاستمرار عبر عشرات السنين إلا أنها لم تصل فى أى وقت إلى درجة اليقين كنظرية ثابتة أو قانون .

ثانياً : كتيب تشخيص الأمراض النفسية للجمعية

المصرية للطب النفسى :

إن تأسيس الجمعية المصرية للطب النفسى فى ذاته لم يكن مجرد تجمع لفرع من فروع الجمعية الطبية المصرية بل كان فى الواقع بحثاً إلى الاستقلال من ناحية ، وسعيّاً إلى تأكيد الشخصية المصرية تمهيداً لما يمكن من تعاون عالمى فيما بعد، وفى محاولة رائدة قامت هذه الجمعية بوضع تقسيم للأمراض النفسية فى البيئة المصرية مستندة أساساً إلى التقسيم العالمى الثامن للأمراض ICD - 8 مع الرجوع إلى التقسيم الأمريكى الثانى لعام ١٩٦٧ وكذلك التقسيم الفرنسى لعام ١٩٦٩ وأخيراً المصادر المحلية المستقاة من الكتب المحلية السابق الإشارة إليها ومن الخبرة المحلية ، وبعد اجتماعات متكررة اشترك فيها ممثلون للهيئات

الطبية النفسية من كل أنحاء في اللجنة العلمية للجمعية الطبية المصرية صدرت طبعة مبدئية سنة ١٩٧٢ ظلت تحت التجربة حتى عام ١٩٧٥ حيث صدر الكتيب في صورته النهائية باعتباره أول كتيب لتقسيم الأمراض النفسية (على قدر على) يصدر مستقلاً من البلاد النامية، علماً بأن هذه المحاولة وإن تمت في بعض الدول المتقدمة مثل الولايات المتحدة الأمريكية وفرنسا فإن دولاً أخرى على نفس درجة التقدم مثل المملكة المتحدة لم تغامر بها حيث استمر كل مركز خاص مقبلاً تقليده الخاص في التشخيصات وإن لجأت بعض المراكز البريطانية إلى اتباع التقسيم العالمى دون تبديل .

وقد تميز التقسيم المصرى باتباع التقليد العالمى أساساً (رغم استقلال رموزه مع وضع الرموز العالمية المماثلة) ثم بإضافة ما ارتأى من المصادر سالفة الذكر ، وما زال الأمل معقوداً عليه في تحقيق لغة مشتركة لرسم الخطوط العامة للشخصية

الذاتية للخبرة المصرية ، مع فتح باب التطور الهادى المدرس  
لما ورد فى هذا الكتيب الأول — (ربما كل عشر سنوات  
أسوة بنفس الفترة التى يعاد فيها نشر التقسيم العالمى للأمراض  
تحت رعاية الهيئة الصحية العالمية) .

وقد أقر المؤتمر العربى الثانى للصحة النفسية المقدم  
فى القاهرة عام ١٩٧٥ هذا الكتيب كأساس للتقسيم العربى  
للأمراض النفسية .

وفى الحقيقة أن اقتراح عمل هذا الكتيب كان نابعاً من  
فكر الأستاذ الدكتور عبدالعزيز عسكر أساساً .. وتم تحت  
رعايته وإصراره .

وليس هنا مجال تعداد ما ترتب على ظهور هذا التقسيم  
المستقل من تحديد لمعالم شخصيتنا ولا هو مجال ذكر الترحيب  
الذى لقيه فى مجالات عالمية ، خلاصة القول أننا نعيش ، وأن  
علمنا بالذات يفرى بأن نعيش مستقلين متعاونين فى آن .

## خاتمة

لا بد أن أقرر وأنا أختم هذه الفكرة المطولة - أى  
هذه المقدمة - أنى أدين بالشكر لمن أتاح لى هذه الفرصة :  
وهم تلاميذى عامة ، والدكتور رفعت محفوظ ، والدكتور  
عماد حمدى خاصة ، فالأول هو الذى أشار بإخراجها « هكذا »  
كما هى ، والثانى هو صاحب البحث الأصيل فى العلاج الجمعى  
الذى كانت هذه المقدمة خاصة به أساساً .

وأجدنى بعد ذلك فى موقف الذى ظل يلهث عدواً إلى  
هدف ما ، وما إن استقر به المقام حتى جلس يتلفت حوله يرى  
أين هو مما كان يعدو تجاهه لا مئماً ، أو يعصوره آملاً ، فجعلت  
أراجع ما قدمت ، أحاول تحديده من خلال إعادة النظر فيه ...  
والفكر فيما انتهيت إليه .



ولقد وجدت أمانة أن خير ما أنهى به هذا الكتيب المقدمة هو أن أخطب نفسى بصوت مقروء ، لأعده ما خطر ببالى إزاء هذا العمل فور انتهائى منه ، حتى ولو كان فى ذلك بعض التكرار .

أولاً : لقد أتاحت لى هذه المقدمة أن أرسم الخطوط العامة لمسيرة فكرى ، وأن أحدد فى جلاء — لم أكن واقعاً من وضوحه إلى هذه الدرجة — موقفى ورأى ، من طبيعة ممارستى لهذه المهنة : الطب النفسى ، وحقيقة موقفى من هذا العلم : الأمراض النفسية ، وأخيراً ( وأولاً ) من طبيعة موقفى فى الحياة ، ولعل أول من فہى إلى اختلاط هذا بذاك هو تلميذى الدكتور عماد حمدى حين كنت أناقشه فى أى الكتب أبدأ كتابته إذا حان الحين ، فاقترح أن أكتب نظرتى — أو نظريتى — فى الحياة ، وقد كدت أفعلها ، إلا أنى وجدت أنى بذلك أبدأ فى غير مجالى ، حيث تصورت أنى لو فعلتها لوجدت نفسى فى لجة الفلسفة لالحالة ، ونحن لا نجرؤ

بعد على الفلسفة ، وكل علاقتنا « المسموح » بها هي أن نعلم  
حامي ، أما أن نمارسها — كما ذكرت — فدون ذلك  
الجنون أو النبيذ لا محالة ..، ولكنني وجدت نفسي بعد هذه  
المقدمة قد ألححت لموقفي هذا من الحياة . . . بل وصرحت به  
في أكثر من موقع .

ثانياً : لقد أرسلتني هذه المقدمة أخيراً على اللغة التي انتهيت  
إلى تفضيل الحديث بها وهي « لغة العلم » . بالتعريف الذي  
أشرت إليه (ص ٢٥٧) .

ولا بد هنا أن أشير إلى محاولاتي السابقة للحديث بلغة  
الفن مرة وبلغة الحرفة مرات ، أما اللغة الأخيرة فهي لغة  
لا تسجل كتابة وإنما تمارس صفاة ، والنجاح فيها يتوقف  
على عدد المستفيدين منها : مرضى وصبياناً (طلبة) ، وأعترف  
أنني نجحت بهذا المقياس ، إلا أن هذا النجاح قاصر على عدد  
المتصلين بي مباشرة — مرضى كانوا أو تلاميذ — وأغلب

الظن أنه لا هؤلاء ولا أولئك استطاعوا أن يستوعبوا  
رؤيتي الممتدة ، ومعاناتي المخترقة .

أما لغة الفن فلي معها جدل طويل لا يكاد ينتهي إلا  
ليبدأ ، فقد طرقت باب الفن بأكثر من لغة ، وكما انطلق  
هذا اللسان كبيلته وعوقته ، وكما رسمت صورة فنية الحقتها  
بشرح يكاد يشوهها تشويها ، حتى حاولت أن أحقق وُلافاً  
أسميته « الفن العلمي » إلا أنني تيقنت أنها خطوة رغم ملامح  
نجاحها إلا أنها سابقة لأوانها ، وقد أعلن هذا الصراع في  
أكثر من موضوع فيما كتبت ، فقد جاء في مقدمة روايتي  
الطويلة « المشي على الصراط ، أنني كتبت الفصول الأربعة  
الأخيرة من الجزء الثاني قسراً » ... وضد مقاومة هائلة  
من داخلي ، لأنني أحسست وأنا أأنهى منها أني أودع

---

الفنان في .. بعد أن عجز عن أن يخرج عملاً فنياً ، خالصاً

حيث ظل مكبلاً دائماً بالالتزامات العلمية والنظريات » ثم  
كتبت في نهاية نفس المقدمة أعلن أن لجوئي للأسلوب الفني

لم يكن إلا الرغبة في التواصل الحر الأصدق بعد أن عجز قلب العلم  
 (كما كنت أتصوره حينذاك) أن يحتوي .. كما عجزت رموزه  
 المحدودة أن تواصل بيني وبين الناس ... فقد قلت بالحرف  
 الواحد « ... وهكذا خرجت إليكم .. أطرق بابكم الخلفي ..  
 بعد أن حال عجز العلماء بوسائلهم الحالية أن أصل إليكم  
 مباشرة » .

إذاً فقد تصورت أن التماس لغة الفن ما هو إلا هرب  
 من القيود شبيه العلمية التي تخايَلْتُ لي حينذاك .. والتي  
 لو رضخت لها لشوهت الحقيقة الحقيقة التي رأيتها في داخل  
 وداخلهم ، ويبدو أن هذا الهرب كان ملجأً وعنقياً معلناً  
 رفضي لأي قيد معطل يهدد بطمس الحقيقة ... فكتبت  
 ما أردت — أيضاً — نظماً ونثراً بالعامية والعربية . .  
 دون تردد ، إلا أنني كما أشرت ألحقت أغلبها « بشرح  
 على المتن » (كلام في دأب) .. ليعان استسلامي في النهاية  
 إلى سيطرة لغة العلم على كياني ..

وقد جاءت هذه المقدمة لتؤكد هذا الترجيح بلا منافس، وقد ثبت هذا أكثر وأكثراً إذ أفرجت عن هذا السكتيب المقدمة ليصل إلى أيدي الناس أولاً .. رغم أنه قد تم طبع أعمال الفنية جميعاً قبله، دون أن أجروا بعد أن تنزل إلى الناس .. ربما ليقيني أنها ليست لغتي الأصلية ... رغم أنها تحوى نبض الحى مباشرة \* .

ثالثاً : رغم رجحان كفة لغة العلم عندي من خلال هذه المقدمة ، ورغم إتاحة الفرصة لإعادة تعريف العلم بما يجعله أكثر رحابة وأشمل نفعاً ، حتى ليحتوى الفلسفة دون تردد ، فإنها قد صالحتني في نفس الوقت على « ضرورة الفن » في مرحلة تطور الإنسان المعاصر ، فقد مرت على فترة كنت أحسب أن الفن معوق لسيرة التطور إذا كان تفريقاً للطاقة ومسهلاً للانشقاق والاعتراب عن مسئولية الفعل الثورى .

---

( \* ) لعل مثل هذا التخوف هو مادى الأستاذ الدكتور « جان ديلاى » مكتشف عقار الارجاكتيل ورائد الطب النفسى الفرنسى أن يكتب أعماله الروائية الفنية باسم مستعار طول الوقت .

في اللحظة الراحنة، إلى أى حين تأملت صعوبة الهدف الولا في  
 الأعلى وطول الطريق إليه ، وكذلك حين عجزت عن  
 التوصل بتلك اللغة « العلمية الفنية » بالدرجة التي كنت  
 أأملها .. وإلى النتيجة التي كنت أتوقعها ... أخذت أراجع  
 نفسي حتى اهتديت إلى « ضرورة الفن » ( حتى ما يسمى  
 معه الفن للفن ، أو الفن غير الهادف ) ... لأنه يؤكّد عجز  
 الإنسان عن القفزة المستقيمة .. إذ يؤكّد ضرورة المسيرة المتأنية  
 اللولبية الولا في التصاعدة .. وأخذت أتبين في الفن الدور  
الوقف والمثير للجانب الآخر من وجودنا .. ثم أتبين أكثر  
 أنه يحافظ على هذا الجانب دون الاندثار حتى يمين الأوان  
 لإفراغه في نبضة ماثرة تطفر بالمسيرة إلى خطوة أعمق وأكثر  
 أصالة . وبألفاظ أخرى أقول إننا كدّ من ترجيح لغة العلم  
 بالنسبة لقدراتي ودوري الحالي ، قد سمح لي بإعادة النظر في  
 احترام لغة الفن دون تخدير أو إغواء، ولكنني مازلت أحلم بالأمل

الذى يقترب فيه الفن من العلم تعبيراً وتلقياً . . حق نتجذب  
مزيداً من الاغتراب ؛ وكان وضوح اللغة العلمية التى اخترتها  
قد أوضح ضمناً البديل الذى عجزت عن مواصلة الحديث به

رابعاً : وافق ظهور هذه المقدمة أننا نعيش فى وطننا  
الصبور هذا أحداً تملق بمستقبلنا فى مختلف المجالات تملقاً  
مباشراً ، من خلال بداية مؤلة جديدة<sup>(\*)</sup> تنبع من أرض  
الواقع دون تأجيل أو تهوين ، ولما شعرت بانتهدى يلقى  
فى وجهى كواطن فى مجال . . . حفزنى ذلك ضمناً أن أسارع  
بالاستجابة لرغبة الدكتور رفعت محفوظ فى أن تصدر هذه  
المقدمة فوراً كبداية ملزمة . . . ، وزاد يقينى أثناء اندفاعى  
هذه من أن اللعاق يركب الحضارة لن يأتى بالعمل السياسى  
الصارخ ( فحسب ) ، أو بإصلاح المسار الاقتصادى (أو إعلان  
ذلك ) ، أو حتى بتأمين اللقمة للجميع ، ولكنه سيأتى حتماً

---

(\*) إشارة إلى مضطرة السلام وتحدياته . .

من الشعور باليحدى إذ نواجه موقف الحياة والموت فرداً  
وشعباً ، ثم بالإقدام من خلال ذلك على «شجاعة التفكير»  
كخطوة أولى نحو «شجاعة التغيير» ، وتيقنت أن استسلامنا  
لشعور بالنقص .. أو بالأمل في الاسترخاء الرضاوى .. ماهو  
إلا خسر لقبورنا بأيدينا - والكل يحسب أن شجاعة  
التفكير هي أن نحل المشاكل القائمة حلاً سعيداً ملائماً ..  
ولكنى حين أخذت أتصفح ما سطرت بعد أن وصلت إلى هنا  
لاهنأ .. تميت أن يصل ما أعنيه وأعانيه إلى من يهيم الأمر  
وهم ناسي أولاً ثم كل الناس ... ، ولكنى بالرغم من كل  
شيء داخلني اطمئنان خاص على مدى رؤيتنا مهما بدا الحطام  
جائماً على كل شيء ... رغم على حدساً وحساباتٍ بما يدبر  
لنا من قِبَل العدو حالا، ومن قِبَل المغاير مستقبلًا ، ومن قِبَل  
أشباه الأصدقاء دائماً ، من إحباط وتجميع ، وما يحدونه  
لهورنا كأتباع يحسنون التقيد ، أقول بالرغم من كل ذلك  
فإن الذى سيبقى هو الذى ييبقى ، ولينظر كل منا ومنهم إلى مدى



رؤيته .. وإلى وقع خطواته في نفس الوقت .. وحتى ولو كان  
«الذى يرى» مناً قليل .. إلا أنه يرى بعيداً بعيداً .. والكسب  
للاًكثر صبراً ومثابرة وإصراراً .

### خامساً : واجهت متألماً صعوبة النشر وضرورته في آن

واحد، وتيقنت أنه بغير إمكانيات النشر على مسئولية صاحب  
الفكر الجديد ومن خلال جهده الشخصي فلا أمل في تسجيل  
شيء أو توصيل شيء ... ، ولا أستطرد في سرد خبرتي مع  
« لجان القراءة » أو « دبر التجارة والنشر » .. ولكني  
أقول أن الصعوبات المحلية صعوبات مقدور عليها بمجهود خاص  
عنيف ، أما ما يهمني أكثر فهي الصعوبات العالمية والتنافس  
غير المتكافئ مع أنكار موازية .. أو دون ذلك ، ولا  
أستطيع أن أكنم غيظي حين أرى كثيراً من الكتب  
للصعولة تملأ الرفوف والأدراج في كل مكان ولا تحوى  
— في علمنا مثلاً — إلا تكرار كل ما هو سطحي أجوف ،

فإذا انتقلت إلى الأفكار الإبداعية الأصلية مثل فكر سليفانو أريتي الموازي لفكرى من ناحية ارتباطه المباشر بالتطور .. وفارنت القرص المتاحة لى كدت أعط مستزماً حتى لأكاد أبأس . ، وإني إذ أعترف لأريتي العظيم بالفضل على وعلى الناس .. أعلن بلا تردد سبقى له فى أكثر من رأى ، يشهد على ذلك بعض زملائى وتلاميذى ، وأنه قام بنشرها بعد أن كنت أقوم بقدريسها لبضعة سنوات (وسأرجع لهذه النقطة بعد قليل) ، ولكنى أعترف أنه ما استطاع أن ينشر آراءه الأخيرة بشجاعة المبدع إلا بعد أن أيقن اللغة السائدة تماماً ، ووصل عن طريق ذلك لأن يصبح المؤلف الأول لأشهر كتاب فى الطب النفسى فى الولايات المتحدة *American Handbook of Psychiatry*

وبعد ذلك ضحك لنفسه أن يقول ما رأى من واقع نفسه وخبرته الإكلينيكية دون تقيد بالأسلوب الشائع .. حتى إذا وصل به الأمر فى كتابه الأخير « إرادة أن تكون

إنساناً « The will to be human أن يعلن أنه إنساناً  
 يقتضيه النبي يونس عليه السلام .. لم يجرؤ أحد على اتهامه  
 بتخطي مرحلة السواء ، وإذا جحد في نفس الكتاب البابا  
 جون الثالث والعشرين كبطل ومهدم ثائر مغوار لأنه أعلن  
 وثيقة تبرئة اليهود (الحاليين) من دم المسيح عليه السلام ..  
 لم يقل أحد عنه أنه متحيز أو متمصب .. ، ولقد أوردت هذا  
 الاستطراد المطول لأعلن من خلاله فضل النشر المنتظم الصبور  
 باللغة السائدة ليسمح بالنهاية للغة الجديدة أن تُسمع ، وأعود  
 فأقول أني حين أخذت أتصفح ما جاء في هذه المقدمة وأتخيل  
 الشفاء المطبوعة والحواجب للترجمة تجاه نفس الشيء الذي إذا  
 قال به فلان أو علان عبر البحار رفعت له القبعات وانحنت  
 الرؤوس بسبب عوامل لا تاقة لي فيها ولا جهل .. كنت  
 أمتلئ غيظاً وإصراراً معاً وأنا كد من مسئوليتي للمضاعفة  
 للمضاعفة تجاه الالتزام بشجاعة التفكير، والحفاظ عليه ،  
 وتسجيله ، ونشره ، ومحاولة توصيله ، وتعليم من يمه من

قشـه بـجـيـدـه ، و مـو ا صـلـة تـمـيـتـه ، و فـحـان اسـتـمـرار ا مـكـانـيـات  
ا نـقـشـاره ، كل ذلـك من خـلال نـبـذ كل عـرـود صـيـوق ، و كل  
عـمـور ا لـفـص مـعـجـز ، و كل ا و هـام شـبه مـثـالـيـة حـكـيـة ، ثم  
ا بـطـلاق مـثـابـر لـمـفـرل نـسـيـع ثـوبـا ا لـخـضـيـري لـلـنـافـس بـلا مـفـرل  
إلا ا مـر ا رـيـا بـلا جـنـود .

سادساً : تـعـلـت أن مـثـل هـذه الـمـقـدـمـة . . . قد يـكـون عـمـلا  
قائماً بذاتـه ( قـارن - دـون تـشـبـيه - مـقـدـمـة ا بن خـلـدون و مـقـدـمـة  
- ا لـجـاـضـرات ا تـمـهـيـدـيـة - في ا تـحـلـيل ا نـفـس ) ، لـأنـها قـد تـكـون  
أهم و أخطر مما يـلـيـها ، فـهـي ا عـلـان يـدـايـة لـلـجـديـد . . و ا إـزـام  
ضـمـني بما يـلـيـه .

سابعاً : تـوقـنـت أن تـسـيـعـيـل كل شـيـء هو ا و ا جـيـب أـسـاسـي  
لـأي مـفـكـر يـرـيد أن يـحـمـر ، و فـضـل ا لـكـتـابـيـة عـلى ا لـجـهـازة  
لا يـعـكـر ، و لا بد من أن نـزن ا لـخـافـوف من تـقـديـس ا لـكـتـابـة  
ا لـطـبـوعـة جـمـع ا لـإـمـاـة في مـقـابـل ضـرـورـة تـو حـيـل ا لـأـمـة ا لـمـشـيـان

استمرار المسيرة ، ومفذاً كدثت من هذه الحقيقة انطلقت أصابع كل شيء ، .. كتهابة أو صوتاً .. وليسكن بعد ذلك ما يكون .  
 فامناً : تأكدت من الفرض الذي افترضته قبلاً ،  
 وألحت إليه ضمناً ، وهو أن أى فكر وأصيل ، (بمعنى الكلمة) لا يخرج إلا بلغة الأم ، إلا إذا كانت اللغة الأخرى قد تغلفت حتى ما قلت لغة الأم ، وقد زدت إصراراً على أن احتمال النقل من العربية هو احتمال قائم في مجال العلم .. كما قام فعلاً في مجال الفن ( الروائي خاصة ) ولست أذهب بعيداً لأقول أن التدريس في فرعنا بلغة غير لغة الأم قد يكون مقصوداً به إعاقة التفكير الإبداعي كافة .. فليست ممن يرحبون بتبرير عجزنا بأوهام الاضطهاد الاستعماري وللتواصيات الصهيونية ... الخ ، ولكنى أيضاً لا أستبعد أن يكون استسلامنا للاستمرار في هذا الاغتراب اللغوي .. ما هو إلا خوف من مخاطرة إطلاق طاقاتنا الإبداعية .. وما يقرب عليها من تفسير معطوّر خلاق يزعمه القديم من جذوره .

تاسعاً: خطر نبألى لما قرأته ذات يوم من أن كثيراً من الأفكار الأصلية الجديدة لا تدل إلا على عدم إتمام صاحبها بما سبق نشره، وتعجبت لهذه الكلمة الشجاعة. وقبلت صحتها إلى حد بعيد، ولكنى عدت أقول أن إعادة اكتشاف نفس الحقيقة في مكان آخر، وبلغة أخرى، ومن موقع آخر، له ميزتان على الأقل: الأولى: أنه يؤكد الحقيقة الأولى وربما يوضحها ويثبتها. والثانية: أنه يدل على أن التفكير اللاحق له نفس الترتيب والأصالة التي سبق بها التفكير الأول.. على الأقل.

ولكنى أرجع إلى النظر في هذا الاحتمال من خلال ما قدمت فأجدنى كما ذكرت قد سبقت إلى كثير مما بدأ في الظهور منذ أوائل هذا العقد، ويعرف ذلك عنى طلبى، ثم أجد كثيراً مما أدرّس وأرى ما زال لم يُطرق فيما وصل إلى من جديد، وكنت هادئ الأمر أثور لنفسى ولحرمانى

من حق السابق . . ولكن موقفي تغير زويداً روبداً حتى  
عدت أفرح به لأنه أصبح يطمئني أنني أفكر في الاتجاه  
المصري المتناسق وأصل إلى نتائج يهل إليها غيرى من  
طريق آخر . . وكان لذلك فضل آخر هو أنه يكسر وحدتى  
ويخفف غربتى . . واسكن هذا لم يمنع الفيض أن يتملكنى  
حين كان ما أقوله يُقابل بالرفض والاستصغار ابتداءً ، حتى  
إذا جاءنا بعد شهر أو سنين عبر البحار بحروف لاتينية  
قوبل بالترحيب والبشارة . . وأذكر على سبيل المثال فكرتى  
عن نقط الانبعاث Pace Maker فى المنح التى قال بحجزه  
منها بعد إعلاني لها بعامين سيانواريتى أيضاً ، وهنا أحب  
أن أشير إلى التقاء فكرتنا رغم تصورى لقصوره عن مواجهة  
الملاج العضوى الفيزيائى والكيميائى وموقعه فى الكل  
« المرفى الغائى » الذى ينسأى به تفسيراً للمنح واضطرابه  
معا ، وأنا لا أدعى تفوقاً خاصاً فى هذا المجال ولكنى  
أقرر حقيقة مرحلية لن تتضح إلا فيما سوف أفصل

فما بعد . . ، خلاصة القول أن هذا الموضوع تحول  
 من قضية : « من الذى قال ما لـ ؟ » أو « من قالها  
 قبل من ؟ » إلى قضية الانقاس بالفكر الإنسانى للشباب  
 أو الموازى ، والإسهام فى إيضاح بعض التفاصيل من زوايا  
 رؤية مختلفة . . ، فإن مجرد معرفة أن ثمة حقيقة بماد الفطر  
 إليها بنفس الشجاعة ونفس المغامرة وأن غيرك ممن له قدره  
 يصل إلى رؤية قريبه مما وصلت إليها أو مكلة لها أو سابقة  
 عليها . . أقول إن هذا وحده مكسب لم يعد يعدله حرص  
 على إسمى - رغم أنه حق إنسانى متواضع ما زلت أعيشه  
 وأسمى إليه ليوكد معالمى الذاتية . .

بل إنى أحياناً أطمئن من خلال هذا التطابق الفكرى  
 حق ولو لحظى والنسبى . . وأعمم الأمر حتى لا كاد أصل  
 إلى يمين : أننا رغم تخطئنا بضمف إمكانياتنا ، قادرون على



أن نضكر ، وعلى أن نصل إلى نتائج أصيلة ، وإلى نظريات جديدة ، وأنه بمجرد تممنا بشرف البشرية أمكننا — رغم ظروفنا — أن نمارس حقنا في الإبداع .. ومن ثم في الإسهام الحضارى ، وإن كانت ضعف وسائل النشر حلياً قد منعت أن يكون لنا السبق مقترناً بأسمائنا ، فهذا لا يعنى أن نحرّم أنفسنا من حق الفخر بفكرنا حق لو لم ينشر لأن الشاهد على ذلك هو على أقل القليل أنفسنا نحن وضمائرنا .

وتأتى هذه المقدمة بكل ما حلت من رؤوس مواضع لتحدد بعض ما لم يسبق إليه . فتطعننى وتدفعنى إلى تسجيل بعض ما رأيت فى حينه ، وبالتالى إلى إعطاء بعض الحق لأهله ولو فى أضيق نطاق ممكن ، فهى تعلن بألفاظ أخرى : أنه فى المرحلة الحالية ، ونحن مضربون — وبحق — فى إمكانية ريادةتنا الفكرية ، ونحن متعلقون لاهوتون وراء السابقين أو عاجزون خلفهم .. أهول فى هذه المرحلة لا بد أن نعترف بهذه الإمالة سواء فى التفكير أو فى النشر والتوصيل .. ،

ولسكن لا بد أن نعرف أيضاً أن التفكير المغامر الشجاع هو حقنا ، وهو شرفنا وهو أملنا في أن نلحق بالركب .. أو حتى أن نتخطاه إذا استمر ذلك الركب في غروره أو مضاعفة اغترابه ، وحتى يتم ذلك فلا مجال لليأس ، ولا مبرر للتوقف ، ولا فائدة في المبالغة في الشعور بالنقص ، ولا منقذ إلا بالمغامرة المستولة على أرض الواقع .

عاشراً : أدركت من خلال هذه المقدمة أنه ينبغي على أن أعلن التزاماً بمواصلة الطريق ، وفي ذلك فإنى أستطيع الجزم بأنه سيلحقها مجموعتان من الأعمال واجبة النشر الأولى : ما يتعلق بالأبحاث الجارية والأفكار السائدة باللغة التقليدية ، وأقرب مثال لذلك الأبحاث الإكلينيكية التي تجريها على مرض الفصام ، وفي العلاج الجمعي مثلاً سبق الإشارة إليه في هذه المقدمة ، غير أن ما أعنيه هو أن تجمع هذه الأبحاث — بما تحوى من جديد في الوسيلة

والمحتوى مما — في كعب منشورة على مستوى أعم ، وتضم هذه المجموعة أيضا بعض الأفكار الخاصة باقتراحات تقليدية تتعلق بإعادة تنظيم الجارى باللغة السائدة أيضا . وفائدة هذه المرحلة بالإضافة إلى ما تحويه من ملاحظات واستنتاجات فى ذاتها أن تمهد الطريق لأن يسمع بعد ذلك ما يرد فى المرحلة التالية .

الثانية : وتشمل الأعمال والأفكار التى تمهى الجديد الأصيل فيما يتعلق بعلمنا وما إليه من علوم ، وهى المرحلة المغامرة المتحدية التى هى فى النهاية اختبار مباشر لأحقيتنا فى حياة إنسانية كريمة ندية لمنافسينا وأقراننا من بنى البشر . . أو تخليتنا عن هذا الحق بما يستتبعه من مضاعفات لا نملك إلا أن ندفع ثمنها صاغرين .

حادى عشر : وأخيرا . . . فلعل وأنا أختتم تفكيرى بصوت مقروء أن أقرر أنى على يقين من أن هذه الفروض التى

وردت فيه هذه القسمة لن يستحق بعضها أو أقلها في حياته ،  
و كما كان الفضل في ظهورها ولو في هذه السبالة واجب لتلاميذه  
أساساً ، فإن العباء سيقع عليهم لا عمالة بالنسبة للتطبيق  
والتطبيق والرفض والتعديل . .

غير أنى لا بد أن أعترف بضعف فتى في ثورة الشباب  
لو يكتفون بالصياح والرفض والأمل ، وأعلن أن أملى الحقيقي  
هو في الشباب الذى يحافظ على عيابه مهما تمر الأيام . .  
أو بصعدي أدق أقول إن أمل فى «شيوخ الباحثين الشباب» ،  
فالبعث العلمى الحق هو الذى يحافظ على شباب صاحبه أبداً ،  
لأنه يشمل القدرة على تحمل مفاجآت النتائج وعلى التغير من  
خلالها دائماً ... وكل ما أوصى به تلاميذى ألا يفرحوا بشورة  
الشباب أكثر مما ينبغي حتى لا يستسلموا لعموبة الواقع  
فما بعد متى كاهدوا ألم الضرورة وإحباط العصر .

أما الفروض الأخرى التى لا ينفكها إلا الزمن .. فليس  
لنى إلا أن أعال التاريخ الشهادة .

## وبعد

فها أنذا :- مشروع متحرك في أكثر من اتجاه ، أحاول  
أن أتحقق بأكثر من أسلوب ، وأحيانا أجد أن في حركتي  
هذه ما يدل على أصالة الحياة وعنفها في وجدان الناس الذي  
أنتمى إليهم .. هؤلاء المصريين المرتبطين بالأرض والخلود ..  
وأحيانا أشك في إمكان أن يكون لكل هذا التفجير  
والتفجير فرصة في التجمع في نبضة ذات فعالية مناسبة ..

ولكني أنهي إلى أن أنام شاكرًا لهذا الذي اخترع  
تلك الرموز التي نكتب بها أفكارنا هذه على مثل هذا  
الورق ، لعل فيما فعله الآن ما يحدد سبيله إلى أصعابه  
في وقت ما ، بشكل ما ، .. بفضل هذا الاختراع الرائع  
« الكتابة » .. وبالتالي فإنني أشعر أن أم ما جاء في هذا  
الكتيب بالنسبة لي هو « رقم الإيداع بدار الكتب » ...

# المحتويات

الصفحة	الموضوع
٣	تصدير
٦	مقدمة
١٠	الجزء الأول
	( في البحث العلمى والعلاج الجمعى )
١٠	اختيار البحث
٢١	تاريخ التجربة
٢٢	أولاً : الخبرة الشخصية
٢٩	ثانياً : الخبرة فى العلاج النفسى
٤١	طريقة البحث وصعوباتها
٥٥	مادة البحث
٨٥	طريقة العلاج
١١٤	علاقة هذا العلاج بالأبعاد الأخرى :
١١٤	العلاجات الكيميائية والعضوية
١٢٥	بالعلاج الجمعى عامة
١٢٦	بالعلاج النفسى الفردى

الموضوع	الصفحة
بالملاج العائلي	١٢٧
بملاج الوسط	١٢٨
بالفعل العلاجي	١٢٨
بالمدارس النفسية المعاصرة	١٢٩
المدرسة المضوية	١٣٠
المدرسة التحليلية الإنجليزية	١٣٤
التحليل التفاعلاتي	١٣٧
نظرية المجتات	١٤١
كارل جوستاف يونج	١٤٥
سيجموند فرويد	١٤٦
علاقة هذا العلاج ببعض المدارس الفلسفية	١٤٩
علاقة هذا العلاج بالسياسة	١٨٦
علاقة هذا العلاج بالدين	١٨٨

## الجزء الثاني

### ( في النظرية والأداة البشرية )

المخطوط العامة	١٩٨
الأسس البدئية	١٩٨
نظرية التطور	١٩٩
الوظائف النفسية والجهاز العصبي	

مستويات الخ	٢٠٨
ديالكتيك الخ	٢٠٩
نظرية الطاقة	٢١٠
النمو الإنساني	٢١٦
السلوك المرضي والنمو	٢٣٠
الأداة البشرية والممارسة الاكلينيكية	٢٣٤
الخبرة الاكلينيكية ومواصفات الطبيب	٢٣٤
المقابلة الاكلينيكية	٢٣٦
مواصفات الأدلة النفسية	٢٤٩
الطب النفسي للمعزى والطب النفسي التطوري	٢٥٣
خاتمة	٢٧٨



( رقم الإبداع بدار الكتب ١٧٦٢ / ١٩٧٨ )

مطبعة الكيلاني  
مدير المثل، رشاد كامل كيلاني  
٢١ - فطيرة العنة - باب الخاوية القاهرة  
ت ٩١٨٥٩٨



# هذا الكتاب

● من خلال عرض مجرد وهو كتابة مقبلة لبحث في  
"العلاج المهي" استطعنا أن نستيعج الأستاذ الدكتور  
يحيى الرفاوى ليحدد معالم موقفه الفكري في فروع  
وفي الحياة .

● نهو فطوره عامة لغرض عاملة ودروس مواضيع  
إطار نظرية مصرية تطورية .

● وصريتنا دل رأيه في البحث العلمي والموقف التطوري  
في اليهود والنصرانيين وديالكتيك الجهاد العنفي  
ونضج الحياة الإنسانية .

● وهو عمل عملي عملي - يذكرنا بإصراره وإصرارنا على تأكيد  
الموقف الأدبي لأصيل للعقل المصري في إسهامه الإنسان

## الناشر

Library Alexandria



0205553

مطبعة النيل في القاهرة

٢٤ شارع قنطرة الدقة - بابي القاهرة

حق ٧٥ قوسا